

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВОДНОГО ГОСПОДАРСТВА ТА
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ

*Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису*

КОВТУН ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА

УДК 377.091.3:614.253.5(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ
МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ
ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Ковтун О. М.

Науковий керівник: ЗАЛУЖНА Алла Євгенівна, доктор філософських наук,
професор

Рівне – 2020

АНОТАЦІЯ

Ковтун О. М. Формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти». – Національний університет водного господарства та природокористування, Рівне, 2020.

Дисертаційне дослідження присвячене проблемі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Світоглядна культура інтерпретується як складне системне утворення, що у площині поєднання сутнісних ознак світогляду як репрезентанта внутрішнього Я індивіда в його спрямованості «людина-світ» та зовнішньої культури як джерела особистісної активності та творчості постає своєрідною єдністю індивідуального і загального, суб'єктивного й об'єктивного. На підставі філософсько-культурологічних досліджень Київської світоглядно-антропологічної школи уточнено зміст поняття «світоглядна культура особистості» та розкрито особливості його співвідношення з поняттями «світосприйняття», «світовідношення» та «моральнісне світовідношення».

Обґрунтовано думку про те, що реалізація світоглядної культури у проблемному полі гуманітарного знання зумовлює затребуваність саме «моральнісного світовідношення» як такого духовно-практичного утворення, яке постає вагомим морально-етичним орієнтиром буття людини у світі, що базується на засадах любові та співстраждання, набуваючи особливого значення у сфері медичної діяльності. Доведено, що *світоглядна культура майбутніх медичних сестер* – це складне комплексне духовно-практичне утворення, яке постає результатом формування світогляду майбутніх фахівців медичної справи та утвердженням в медичній практиці моральнісного світовідношення, що реалізується у контексті співвідношення медичний

працівник-пацієнт на засадах високої культури, гуманності, інтелектуальної фаховості та співстраждання.

Аргументовано, що світоглядна культура медика базується на деонтологічних підходах, що дозволяє забезпечити етико-моральне становлення майбутніх медичних сестер та відображає ступінь їхньої відповідальності за життя та здоров'я пацієнта. Деонтологічний підхід в дисертаційному дослідженні витлумачується як реалізація в професійній діяльності медичних працівників принципів морального обов'язку та належного у контексті взаємовідносин з хворими та близькими, підґрунтям яких виступає любов, повага, турбота, співчуття та співстраждання. Концептуальною домінантою лікувального процесу, що реалізується крізь призму догляду за хворими, турботи та співучасті визначено «Ethics of care» – етику турботи, що заснована на особистісних цінностях як медичного працівника, так і пацієнта. У якості базової інтегративної цінності у діалогічних відносинах розглядається життя в його екзистенційному вимірі.

Визначено, що структуру світоглядної культури майбутніх медичних сестер складають мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний та практично-діяльнісний компоненти. *Мотиваційно-ціннісний компонент* заснований на чітко вираженій градації цінностей, сформованій і аргументованій мотиваційній програмі навчальної та фахової підготовки, сформованих цілях та завданнях, високих духовних ціннісних орієнтирах, прагненні вибудувати власний внутрішній світ відповідно до культурних вимог. *Професійно-когнітивний компонент* відображає здатність цілеспрямовано навчатися і працювати, вміння диференціювати та структурувати отриману інформацію, високий рівень рефлексії власних здобутків, готовність постійно розширювати власний культурний горизонт, оволодівати новими науковими даними. *Особистісно-розвивальний компонент* передбачає неухильне дотримання постулатів та вимог медичної етики, наявність стійких морально-етичних переконань; сформовану духовну платформу навчання та фахової підготовки, відчуття власної самототожності і цілісності, яскраво виражену емоційну гнучкість,

толерантність та готовність до самопожертви. *Практично-діяльнісний компонент* містить вміння вибудовувати ефективну комунікацію з представниками цільової аудиторії (пацієнтами, колегами, лікарями, адміністрацією лікувальної установи); готовність до партнерства та взаємодії; гнучкість, високий рівень адаптації у колективі, вільне володіння засобами спілкування; здатність приймати нестандартні рішення і професійно діяти у складних ситуаціях.

Відповідно до вказаних компонентів, критеріями сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу визначено: аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний.

Охарактеризовано показники та рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу. Обґрунтовано, що сформованість світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу може виявлятися на початковому, середньому, достатньому і високому рівнях.

Теоретичний аналіз основних понять дослідження та необхідна джерельна база дослідження дозволили виокремити наступні організаційно-педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у процесі навчання в медичному коледжі:

Доведено, що процес формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер успішно реалізується за таких педагогічних умов:

1. Актуалізація мотивації до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі.
2. Активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки.
3. Забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проєктивному вимірі гуманістичної парадигми.

4. Формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер шляхом становлення комунікативно-освітнього та інтеракційно-діяльнісного середовища.

Спроектowana й науково обґрунтована модель містить мету та завдання, педагогічні підходи, загальнопедагогічні та специфічні принципи, компонентну структуру досліджуваного феномена, педагогічні умови, зміст, форми й методи їх реалізації; критерії та показники сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Складовими розробленої структурно-функціональної моделі постають цільовий, теоретико-методологічний, процесуально-змістовий та контрольньо-результативний блоки, що відтворюють фундаментальну стратегію змін у процесі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Реалізації дослідницької мети сприяли співвіднесені з нею педагогічні підходи (деонтологічний, культурологічний, аксіологічний, компетентнісний, гуманістичний, синергетичний, інтегративно-діяльнісний), а також відповідні педагогічні принципи (єдності теорії і практики, цілісності, суб'єктності, науковості, культуровідповідності, рефлексії, активності).

З метою перевірки ефективності розробленої моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу нами було організовано й проведено педагогічний експеримент. Метою експерименту виступала розробка та експериментальна перевірка моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Програма експерименту передбачала його проведення у три етапи: констатувальний, формувальний та контрольний. Результати експериментальної перевірки, числові показники отриманих емпіричних даних та результати їхньої перевірки за допомогою методів математичної статистики дозволяють нам зробити висновок, що авторська модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу є значно ефективнішою у порівнянні із традиційними підходами формування світоглядної культури, а

результати дослідження доцільно інтегрувати у навчальний процес закладів освіти, які здійснюють підготовку майбутніх медичних працівників.

Доведено, що формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу набуде ефективності в ситуації комплексного впровадження педагогічних умов та структурно-функціональної моделі.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у розробці та впровадженні навчально-методичних комплексів із дисциплін медичного та психологічного спрямування «Основи медсестринства», «Медична етика та деонтологія в медсестринстві», «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», підготовці навчального посібника-практикуму «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» та методичних вказівок до практичних занять з дисциплін «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» та «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», які містять допоміжний теоретичний матеріал, ситуаційні задачі, тестові завдання, вправи для комплексної підготовки студентів до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Зміст і результати дисертаційного дослідження можуть бути використані під час викладання медичних та гуманітарних дисциплін майбутнім молодшим медичним спеціалістам і студентам медичних коледжів для підвищення їх професійної підготовки.

Ключові слова: світоглядна культура, світоглядна культура медичних сестер, деонтологічний підхід, педагогічні умови, структурно-функціональна модель.

SUMMARY

Kovtun O. M. Formation of worldview culture of future nurses through the realization of deontological approach. On the rights of the manuscript.

The dissertation on the acquisition of a scientific degree of the candidate of pedagogical sciences on a specialty 13.00.04 «Theory and a technique of professional education» – the National University of Water Management and Nature Management, Rivne, 2020.

The dissertation research is devoted to the problem of the formation of a world outlook culture of future nurses through the realization of the deontological approach. Worldview culture is interpreted as a complex systemic formation, which combines the essential features of the worldview as a representative of the inner self of the individual in its direction «man-world» and external culture as a source of personal activity and creativity appears a kind of unity of individual and general, subjective and objective. Based on philosophical and cultural studies of the Kyiv worldview and anthropological school, the meaning of the concept of «worldview culture of the individual» is clarified, and the peculiarity of its relationship with the concepts of «worldview» and «moral worldview» is revealed.

The opinion is substantiated that the realization of worldview culture in the problematic field of humanitarian knowledge determines the demand for «moral worldview» as such a spiritual and practical formation, which is an important moral and ethical guideline of human existence in a world based on love and compassion, acquiring special importance in the field of medical activity. It is proved that the worldview culture of future nurses is a complex spiritual and practical formation, which is the result of forming the worldview of future medical professionals and the establishment in the medical practice of moral worldview, which is realized in the context of the relationship worker-patient on the basis of high culture, humanity, intellectual professionalism, and compassion.

It is proved that the worldview culture of physicians is based on deontological approaches, which allows ensuring the ethical and moral development of future nurses and reflects the degree of their responsibility for the life and health of the patient. The deontological approach is defined as the realization of the professional

work of medical workers, appropriate in the context of relationships with patients and loved ones based on love, respect, care, and compassion. The conceptual dominant of the treatment process, which is realized through the prism of patient care, and complicity, is defined as «Ethics of care» – an ethic of care is based on the personal values of both the health worker and the patient. Life in its existential dimension is considered as a basic integrative value in dialogical relations.

It is determined that the structure of the worldview culture of future nurses consists of motivational-value, professional-cognitive, personal-developmental, and practical-activity components. Motivational and value components are based on a clear gradation of values formed and reasoned motivational programs of educational and professional training, formed goals and objectives, high spiritual values, the desire to build their inner world following cultural requirements. The professional-cognitive component reflects the ability to purposefully learn and work, the ability to differentiate and structure the information obtained, a high level of reflection on their achievements, willingness to constantly expand their cultural horizons, to master new scientific data. The personal and developmental component presupposes strict observance of the postulates and requirements of medical ethics, the presence of stable moral and ethical beliefs; formed a spiritual platform of education and professional training, a sense of self-identity and integrity, pronounced emotional flexibility, tolerance, and willingness to sacrifice.

The practical component includes the ability to build effective communication with the target audience (patients, colleagues, doctors, the administration of the medical institution); readiness for partnership and interaction; flexibility, high level of adaptation in the team, free possession of means of communication; ability to make non-standard decisions and act professionally in difficult situations. By these components, the criteria for the formation of the worldview culture of future nurses using deontological approach are defined: axiological, intellectual, humanistic, and procedural.

Indicators and levels of formation of worldview culture of future nurses using deontological approach are characterized. It is substantiated that the formation of the

worldview culture of future nurses through the deontological approach can be manifested at the initial, secondary, sufficient, and high levels.

Theoretical analysis of the basic concepts of the study and the necessary source base of the study allowed to identify the following organizational and pedagogical conditions for the formation of worldview culture of future nurses through implementing a deontological approach in the process of studying in medical college. It is proved that the process of forming the worldview culture of future nurses are successfully implemented under the following organizational and pedagogical conditions:

1. Actualization of motivation to form the worldview culture of future nurses during their studies at the medical college.
2. Activation of cognitive activity of future nurses in the process of professional training.
3. Ensuring the personal development of future nurses in the projective the dimension of the humanistic paradigm.
4. Formation of communicative culture of future nurses through the formation of communicative-educational and interaction-activity environments.

The designed and scientifically substantiated model contains the purpose and tasks, pedagogical approaches, general pedagogical and specific principles, the component structure of the investigated phenomenon, organizational and pedagogical conditions, the maintenance, forms, and methods of their realization; criteria and indicators of the formation of the worldview culture of future nurses using implementing the deontological approach. The components of the developed structural-functional model are target, theoretical-methodological, procedural-substantive, and control-effective blocks that reproduce the fundamental strategy of change in the process of forming the worldview culture of future nurses by implementing a deontological approach.

The realization of the research goal was facilitated by the pedagogical approaches related to it (deontological, cultural, axiological, competence, humanistic, synergetic, integrative-activity), as well as the corresponding pedagogical principles (unity of theory and practice, integrity, subjectivity, science, culture).

To test the effectiveness of the developed model of forming the worldview culture of future nurses based on the implementation of the deontological approach, we organized and conducted a pedagogical experiment. The purpose of the experiment was to develop and experimentally test the model of forming the worldview culture of future nurses by implementing a deontological approach. Independent variable – a model of forming the worldview culture of future nurses by implementing a deontological approach.

Dependent variable – the level of formation of the worldview culture of future nurses by implementing the deontological approach. The program of the experiment provided for its implementation in three stages: organizational and ascertaining, formative, and controlling. The results of experimental verification, numerical indicators of empirical data, and the results of their verification using mathematical statistics allow us to conclude that the author's model of formation of worldview culture of future nurses by deontological approach is much more effective than traditional approaches to worldview culture. Research should be integrated into the educational process of educational institutions that train future health workers.

It is proved that the formation of the worldview culture of future nurses using the deontological approach will be effective in the situation of complex implementation of organizational and pedagogical conditions and structural-functional model.

The practical significance of the research results lies in the development and implementation of educational and methodological complexes in the disciplines of medical and psychological direction «Fundamentals of Nursing», «Nursing Ethics and Deontology», «General Patient Care and Medical Manipulation Techniques», preparation of a practicum-textbook «Care for patients and medical manipulation technique» and methodical instructions for practical classes in the disciplines «Medical ethics and deontology in nursing» and «General care for patients and medical manipulation technique», which contain auxiliary theoretical material, situational tasks, test tasks, exercises for complex preparing students for the formation of the worldview culture of future nurses by implementing the deontological approach.

The content and results of the dissertation research can be used in the teaching of medical and humanities disciplines to future junior medical specialists and students of medical colleges to improve their professional training.

Keywords: worldview culture, worldview culture of nurses, deontological approach, organizational and pedagogical conditions, structural and functional model.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Ковтун О. М. Теоретико-методологічні координати дослідження феномена світоглядної культури в педагогічній традиції. *Педагогічні науки*: зб. наук. праць Херсонського державного університету. 2017. Випуск LXXX. Т. 2. С. 162–166.

2. Залужна А. Є., Ковтун О. М. Світогляд і світоглядна культура особистості в проблемному полі філософсько-педагогічної рефлексії. *Науковий журнал «Інноваційна педагогіка»*. Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій. 2018. Вип. 4. Т. 1. Одеса, 2018. С. 127–131.

3. Ковтун О. М. Особливість формування світоглядної культури медичних працівників (медичних сестер) як вагомий чинник становлення культури особистості. *Педагогічні науки*: збірник наукових праць Херсонського державного університету. 2017. Вип. LXXXII. Т. 1. С. 136–139.

4. Ковтун О. М. Деонтологічний підхід та його роль у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2018. Вип. 61. Київ. С. 134–139.

5. Ковтун О. М. Модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *Нова педагогічна думка*: науково-методичний журнал. 2019. №1(97). С. 29–33.

6. Ковтун О. М. Дослідно-експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних

сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *East European Scientific Journal*. 7(47). Warszawa (Poland). 2019. P. 38–46.

7. Ковтун О. М. Педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Colloquium-journal* №33 (85), Warszawa, Poland. 2020. P. 50–55.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Ковтун О. М. Особливість формування світоглядної культури майбутніх фахівців у процесі навчання. *Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії*: Матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конфер. / Редкол. Бошицький Ю. Л., Українець С. Я. – Рівне, 2017. С. 115–118.

9. Ковтун О. М. Дослідження феномену світоглядної культури. *Актуальні питання сучасних педагогічних наук*: зб. наук робіт учасників міжнар. науково-практичної конференції (Одеса, 16 – 17 лютого 2018 р.) Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2018. С. 12–14.

10. Ковтун О. М. Особливості деонтологічного підходу в контексті становлення професійно-етичної культури медичних працівників. *Modernization of educational system: world trends and national peculiarities: Conference Proceedings*, (Kaunas, February 23 th, 2018). Kaunas: Izdevnieciba «Baltija Publishing» P. 39–42.

11. Ковтун О. М. Дослідження дефініції «культура». *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі*. Матеріали міжнар. наук.-практичної конференції (м. Київ, Україна, 6 – 7 квітня 2018 р.). К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології» 2018 р. Ч. 2. С. 39–41.

12. Ковтун О. М. Аспекти формування світоглядної направленості особистості. *Психологія і педагогіка: актуальні питання*. Збірник тез міжнар. наук.-практичної конференції (м. Харків, Україна, 13 – 14 квітня 2018 р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень». С. 75–79.

13. Ковтун О. М. Світоглядна культура в сучасній інтерпретації. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології: збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конференції* (Львів 22 – 23 червня 2018р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота». С. 72–75.

14. Ковтун О. М. Медична деонтологія в умовах сучасності. *Key Issues of Education and Sciences: Development Prospects for Ukraine and Poland: international multidisciplinary conference* (Stalowa Wola 20 – 21 juli 2018). Stalowa Wola: Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2018. Volume 6. P. 103–105.

15. Ковтун О. М. Модель формування світоглядної культури. *The 5th International youth conference – Perspectives of science and education*. October 19, 2018) SLOVO/WORD, New York, USA. 2018. P. 154–165.

16. Залужна А. Є., Ковтун О. М. Компоненти та критерії сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage. International scientific and practical conference: (Baia Mare, Romania December 21-22, 2018)*. Izdevnieciba «BaltijaPublishing». P. 57–58.

17. Ковтун О. М. Дослідно-експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки: матеріали всеукр. наук.-практ. конференції* (Запоріжжя, 24-25 травня 2019 р.) Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. С. 105–109.

18. Ковтун О. М. Деонтологія як вагомий чинник формування світоглядної культури медичних сестер. *Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії: Матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. конфер.* (Рівне, 6 грудня 2018р.). / Редкол. Бошицький Ю. Л., Українець С. Я. Рівне, 2018. С. 224–226.

19. Ковтун О. М. Пацієнт-центричний підхід відносин у деонтологічній практиці. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук: матеріали міжнар. наук.-практ. конференції* (Харків, Україна, 8 – 9 березня 2019 р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2019. С 41–44.

20. Ковтун О. М. Особливості педагогічного експерименту та педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Інноваційні технології розвитку машинобудування та ефективного функціонування транспортних систем*. Матеріали І міжнародної науково-технічної конференції. Секція 5. Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки фахівців у закладах вищої освіти. (Рівне, 21 – 23 травня 2019 р.). Рівне: НУВГП, 2019. С.181–182.

21. Ковтун О. М. Організація та визначення напрямків дослідження формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. The 20-th International scientific and practical conference *Problems and perspectives of modern science and practice*: (Athens, Greece 8 – 9 June 2020). Available at : DOI:10.46299/ISG.2020.XX : URL: <http://isg-konf.com>. P. 184–186.

22. Ковтун О. М. Світоглядна культура майбутніх медичних сестер у контексті осмислення педагогічних умов. *Людина у світі духовної культури. Філософські, культурологічні, морально-естетичні та релігійні виміри буття людини у світі*. IV Всеукраїнська науково-практична конференція здобувачів вищої освіти та молодих вчених. (Рівне, 19 листопада 2020 року). [Електронне видання]. Рівне: НУВГП, 2020. С. 64–66.

Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

23. Ковтун О. М. Методичні вказівки до практичних занять з дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» для освітньо-кваліфікаційного рівня сестра медична за спеціальністю 223 «Медсестринство» денної форми навчання. Рівне: РДБМК, 2019. 26 с.

24. Ковтун О. М. Методичні вказівки до практичних занять з навчальної дисципліни «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» для освітньо-кваліфікаційного рівня сестра-медична за спеціальністю № 5.12010101 «Лікувальна справа» денної форми навчання. Рівне: РДБМК, 2019. 127 с.

25. Ковтун О. М. Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка. Практикум: навч. посіб. [Електронне видання]. Рівне: РДБМК, 2019. 263 с.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	18
ВСТУП.....	19
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ.....	29
1.1. Теоретико-методичні координати дослідження феномена світоглядної культури у педагогічній та філософській традиції.....	29
1.2. Особливість формування світоглядної культури медичних сестер як вагомий чинник професійного становлення особистості.....	48
1.3. Деонтологічний підхід та його роль у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер.....	64
Висновки до першого розділу.....	83
РОЗДІЛ II. ОБГРУНТУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ.....	86
2.1. Компоненти, критерії, показники та рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу	86
2.2. Педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у медичних коледжах.....	105
2.3. Структурно-функціональна модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.....	123
Висновки до другого розділу.....	140
РОЗДІЛ III. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ	

ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ	142
3.1. Організація експериментального дослідження.....	142
3.2. Реалізація формульовального етапу експерименту.....	155
3.3. Аналіз результатів експериментального дослідження.....	177
Висновки до третього розділу.....	194
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	197
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	202
ДОДАТКИ.....	234

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АПН – Академія Педагогічних наук

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗВО – Заклад вищої освіти

ЗМІ – Засоби масової інформації

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ЮНЕСКО – Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культур

NHS – Рада з медсестринства та акушерства у Великобританії

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах динамічного розвитку суспільства та нової парадигми відкритої і безперервної освіти проблема професійного становлення медичного працівника постає складною і багатоаспектною, позаяк постійно зазнає змістових, організаційних та культурних трансформацій. Вимагаючи належного рівня фахової зрілості, вона передбачає також наявність сформованої світоглядної культури, здатність до міжособистісної комунікації, інтеркультурної взаємодії на засадах деонтології, яка висуває нові вимоги до професійного статусу медичної сестри та її особистісних характеристик. Потреба адаптації до мінливого соціального середовища, готовності до оволодіння новими технологіями у сфері комунікації, високої професійної культури вимагає від медичної сестри сформованих світоглядних переконань та реалізації власного творчого потенціалу.

Відтак, феномен світоглядної культури викликає посилений інтерес у проблемному полі експлікації особливостей реалізації деонтологічного підходу у медичній діяльності, актуалізуючи продукування істотних механізмів формування особистісних засад майбутніх медичних сестер, що сприяють морально-етичному функціонуванню молодшого медичного персоналу у процесі надання кваліфікованої допомоги.

Основні вимоги до професійних якостей майбутніх медичних сестер регламентовані наступними нормативно-правовими актами: Закон України «Про вищу освіту» (2014 р., з доповненнями та змінами), Закон України «Про освіту» (2017), «Стратегія інноваційного розвитку України на 2010-2020 в умовах глобалізаційних викликів» (2010), «Концепція розвитку вищої медичної освіти» (2008), «Національної стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 р.» (2012 р.), Постанови Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011, «Про затвердження Положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування», Галузових стандартах вищої освіти України та ін. Одним із головних лейтмотивів зазначених документів є

гуманістична спрямованість у наданні медичних послуг, забезпечення загальнолюдських цінностей у взаємодії медичного персоналу та пацієнтів.

Варто зазначити, що діяльність медичних працівників диференційована за особливостями виконання професійних завдань, способами прийняття рішень, тривалістю комунікації із пацієнтами. Роль медичної сестри у закладах охорони здоров'я зазвичай інтерпретується як асистентська щодо лікарської з яскраво вираженою людиноцентричною спрямованістю, зорієнтованою на етичні імперативи «святості людського життя» та «позбавлення пацієнта від страждань». За таких умов світоглядна культура постає одним із ключових складників професійного становлення майбутніх медичних сестер.

Великий вклад у вивчення наукової дефініції світоглядної культури у різні часи здійснили А. Азархін, В. Андрущенко, А. Арнольдов, А. Бальсіс, Є. Бистрицький, М. Гайдеггер, Л. Губерський, С. Рубінштейн, М. Тарасенко, Ю. Хайрулліна, В. Шинкарук, Ф. Шлеєрман та ін.

Проблеми формування світоглядної культури аналізувалося у багатьох працях вітчизняних та зарубіжних педагогів, а саме: Б. Ананьєва, О. Бєлих, В. Бондаренка, Л. Божович, В. Бур'янової, А. Валлона, В. Васильченка, Л. Виготського, С. Гончаренка, В. Журавського, Г. Залеського, А. Залужної, М. Кагана, І. Кона, Л. Корміної, О. Леонтьєва, В. Малахова, В. Огнев'юк, Ж. Піаже, В. Позейко, В. Смікал, В. Сухомлинського, П. Чамати, О. Шаповал, В. Шамсутдинової, І. Ящука, О. Яценка та ін.

Психологічні аспекти світоглядної культури представлені у роботах Л. Божович, Н. Борисової, Л. Виготського, К. Ізарда, С. Рубінштейна, І. Титова, К. Ясперса та ін.

Здійснений теоретичний аналіз наукових досліджень свідчить, що різні аспекти світоглядної культури майбутніх медичних працівників вивчали такі науковці, як І. Гуменна (підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації), О. Кривонос (формування творчо-професійних умінь майбутніх медичних працівників), І. Кузнецова (формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів), К. Куренкова (формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер), Т. Павлюк (вивчення

емпатійних чинників професійної адаптації майбутніх медичних сестер), І. Сірак (формування готовності медичних сестер до професійної самореалізації), І. Тимошук (виховання гуманістичних цінностей у майбутніх медичних працівників), З. Шарлович (формування професійно-педагогічної компетентності майбутніх медичних сестер сімейної медицини), Н. Шигонська (підготовка майбутніх медиків до професійної взаємодії засобами моделювання комунікативних ситуацій), В. Прокопчук (формування професійно-особистісної ідентичності майбутніх фахівців медичної справи у процесі навчання в медичному коледжі) тощо.

Втім, у дискурсивній площині вище зазначених наукових розвідок не набули висвітлення питання щодо проблеми формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу, її сутності, компонентів, критеріїв, показників, рівнів сформованості та педагогічних умов. Водночас відсутніми є дослідження з визначення ролі і місця деонтологічного підходу у цьому процесі, позаяк саме рівень сформованості світоглядної культури медичного працівника значною мірою залежить від його деонтологічної підготовки, зокрема здатності і готовності дотримання у професійній діяльності норм професійної етики та поведінки, заснованих на цінностях відповідальності, обв'язку, честі, совісті і справедливості.

Аналіз науково-педагогічних, філософських, психологічних та культурологічних досліджень за період 1986 до 2020 рр. свідчить про актуальність проблеми формування світоглядної культури майбутніх фахівців. Вагомий вклад у вивчення наукової дефініції світоглядної культури у різні часи здійснили А. Азархін, В. Андрущенко, А. Арнольдов, А. Бальсіс, Є. Бистрицький, М. Гайдеггер, Л. Губерський, С. Рубінштейн, М. Тарасенко, Ю. Хайрулліна, В. Шинкарук, Ф. Шлеєрман та ін.

Проведений аналіз філософських, педагогічних, психологічних наукових праць, нормативно-правового забезпечення та досвіду підготовки майбутніх медичних сестер дає можливість ідентифікувати нам низку суперечностей, які виникають між:

- значною потребою держави, суспільства та ринку праці у якісній підготовці майбутніх медичних сестер й недостатнім рівнем готовності майбутніх медичних сестер до формування світоглядної культури у своїй професійній діяльності;

- вимогами до рівня формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер та недостатнім представленням цих аспектів у традиційному змісті навчальних дисциплін, формах та методичних підходах, які практикуються у вітчизняних медичних коледжах;

- необхідністю формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер як істотної складової їх професійної діяльності та відсутністю результативних методик й належного методичного забезпечення окреслених процесів засобами реалізації деонтологічного підходу.

Відтак, формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер зумовлене не лише нагальною потребою теоретичного вивчення та обґрунтування означеного процесу, а й потребами суспільства, що перебуває у постійному становленні та динаміці.

Актуальність проблеми, необхідність розв'язання наявних суперечностей та потреба у розробці практичних механізмів формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер зумовили вибір теми дисертаційного дослідження «Формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана на базі НУВГП та Комунального закладу вищої освіти «Рівненської медичної академії» відповідно до плану науково-дослідної теми «Аксіологічний аспект наукових досліджень в моделях суспільних відносин» кафедри суспільних дисциплін Національного університету водного господарства та природокористування (НУВГП) (РК №01014U001365). Основні результати дослідження обговорювалися та отримали позитивні відгуки на науково-методичних конференціях викладачів медичних навчальних закладів Рівненського округу на засіданнях методичної

комісії професійно-орієнтованих дисциплін терапевтичного профілю № 2 Рівненського державного базового медичного коледжу (2016–2020 рр.).

Тему дисертації затверджено Вченою радою Національного університету водного господарства та природокористування протокол № 1 від 29.01.2016 р.

Мета дослідження: виявити, теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Відповідно до мети сформульовані наступні **завдання дослідження:**

1. Здійснити аналітичний огляд науково-педагогічних та філософських пошуків досліджуваної проблеми та з'ясувати сутнісну характеристику основних понять дослідження.

2. Розкрити особливості формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

3. Визначити компоненти, критерії, показники та рівні світоглядної культури майбутніх медичних сестер.

4. Визначити та теоретично обґрунтувати педагогічні умови та структурно-функціональну модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу.

5. Експериментально перевірити результативність педагогічних умов та ефективність структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Об'єкт дослідження – світоглядна культура майбутніх медичних сестер в процесі навчання в медичному коледжі

Предмет дослідження – педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Для досягнення мети дослідження та розв'язання його завдань використані такі **методи дослідження:**

- *теоретичні*: системний аналіз наукової та науково-методичної літератури, нормативно-правового забезпечення – для з'ясування сутнісної характеристики ключових понять дослідження; аналіз, синтез та узагальнення – з метою введення в науковий обіг поняття «світоглядна культура майбутніх медичних сестер» та уточнення змісту дефініцій «світоглядна культура особистості», «світосприйняття», «світовідношення», «моральнісне світовідношення»; порівняння, класифікація та дедукція – з метою теоретичного обґрунтування та визначення критеріїв, показників та рівнів світогледної культури майбутніх медичних сестер; моделювання – для розробки структурно-функціональної моделі формування світогледної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу; *емпіричні* (спостереження, анкетування, бесіда, тестування, вивчення навчальної документації студентів, ретроспективний аналіз досвіду викладацької діяльності) – з метою виявлення рівня сформованості світогледної культури в учасників експериментальної і контрольної груп; педагогічний експеримент – для перевірки ефективності авторської структурно-функціональної моделі формування світогледної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу; *статистичні*: для кількісного і якісного аналізу отриманих емпіричних даних констатувального та контрольного діагностування рівня сформованості світогледної культури майбутніх медичних сестер із використанням t-критерію Стюдента (з метою порівняння емпіричних показників учасників контрольних та експериментальних груп), критерію Колмогорова-Смирнова (для перевірки емпіричних даних на предмет відповідності нормальному розподілу) та критерію Пірсона (визначення статистично значущих відмінностей рівнів сформованості світогледної культури учасників експериментальної вибірки на констатувальному та контрольному етапах дослідження).

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що:

- *вперше* виявлено та теоретично обґрунтовано педагогічні умови (актуалізація мотивації до формування світогледної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі; активізація

пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки; забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проєктивному вимірі гуманістичної парадигми; формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер шляхом становлення комунікативно-освітнього та інтеракційно-діяльнісного середовища) і розроблено структурно-функціональну модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу із використанням методів проблемного навчання, ситуативного моделювання, проєктування та комунікацій;

- **введено в науковий обіг** поняття «світоглядна культура майбутніх медичних сестер», що постає результатом формування світогляду майбутніх фахівців медичної справи та утвердженням в медичній практиці моральнісного світовідношення, яке реалізується у контексті співвідношення медичний працівник-пацієнт на засадах висококультурності, гуманності, інтелектуальної фаховості та співстраждання.

Уточнено сутність основних понять дослідження «світоглядна культура особистості», «світосприйняття», «світовідношення», «моральнісне світовідношення».

Визначено критерії, показники та рівні сформованості майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Удосконалено:

- структуру світоглядної культури майбутніх медичних сестер й запропоновано її основні компоненти (мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний), критерії (аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний) та рівні (початковий, середній, достатній та високий);

- зміст навчальних дисциплін у процесі яких здійснюється формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, а саме «Загальний догляд за хворими та маніпуляційна техніка» і «Медична етика і деонтологія в медсестринстві».

Подальшого розвитку набули наукові положення педагогічних досліджень щодо змісту, форм, методів, засобів та технологій формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що впроваджено у навчальний процес медичних коледжів авторську структурно-функціональну модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу та педагогічні умови її реалізації; впроваджено у навчальний процес змістово- й процесуально удосконалені навчальні курси, які забезпечують формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, а саме: «Загальний догляд за хворими та маніпуляційна техніка» і «Медична етика і деонтологія в медсестринстві»; розроблене відповідне навчально-методичне забезпечення (методичні вказівки до занять з дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» та «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка»).

Результати дисертаційного дослідження можуть бути використані для розробки навчальних програм, підручників, навчальних і навчально-методичних посібників, навчально-методичних комплексів і методичних рекомендацій для професійної підготовки майбутніх медичних сестер у коледжі.

Особистий внесок здобувача. У публікаціях, підготовлених спільно з співавторами, внесок здобувача полягає: у з'ясуванні сутнісної характеристики понять «Світогляд» та «Світоглядна культура» у філософсько-педагогічному дискурсі [2]; обґрунтуванні критеріїв діагностування сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер [16].

Основні положення та результати дослідження впроваджено у навчальний процес Рівненської медичної академії (довідка № 10 від 14 травня 2020), Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (довідка №03/1966 від 05.04.2019), Криворізького медичного коледжу (довідка №325 від 11.04.2019) та Хмельницького базового медичного коледжу (довідка №285 від 13.03.2020).

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення дисертаційного дослідження висвітлено в доповідях на науково-методичних конференціях різних рівнів:

міжнародних – «Modernization of educational system: world trends and national peculiarities» (Литва, Каунас, 2018), «Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі» (Київ, 2018), «Аспекти формування світоглядної направленості особистості. Психологія і педагогіка: актуальні питання» (Харків 2018), «Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології» (Львів, 2018), «Education and Sciences: Development Prospects for Ukraine and Poland» (республіка Польща, Стальова Воля, 2018), «Perspectives of science and education» (США, Нью-Йорк, 2018), «Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage» (Румунія, Бая Маре, 2018), «Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук» (Харків, 2018), «Актуальні питання сучасних педагогічних наук» (Одеса, 2018), «Міжнародна науково-технічної конференції НУВГП» (Рівне, 2019), «Інноваційні технології розвитку машинобудування та ефективного функціонування транспортних систем (Рівне, 2019); «Problems and perspectives of modern science and practice»: (Athens, Greece 2020).

всеукраїнських – «Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії» (Рівне, 2017), «Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії» (Рівне, 2018), «Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки» (Запоріжжя, 2019), «Людина у світі духовної культури» (Рівне, 2020).

Публікації. Результати дисертаційного дослідження відображено у 25 друкованих працях, із яких 23 одноосібних, 5 статей у наукових фахових виданнях України, 2 статті у зарубіжних наукових виданнях, 16 праць у збірниках матеріалів наукових конференцій, 1 навчальний посібник, 2 навчально-методичні рекомендації.

Структура та обсяг дисертації. Текст дисертаційної роботи складається із трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку

використаних джерел і додатків. Загальний обсяг дисертації становить 336 сторінок (основний текст 202 сторінки). Список використаних джерел та літератури складає 334 найменувань, із них 16 іноземними мовами. Робота містить 20 таблиць та 11 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ

1.1. Теоретико-методичні координати дослідження феномена світоглядної культури у педагогічній та філософській традиції

Євроінтеграційне прагнення Української держави та суспільства, демократичні перетворення та відмова від тоталітарної моделі управління змушують по-новому оцінювати людську особистість, її місце в соціумі. Від сучасних фахівців вимагається системність мислення, інтелектуальність, високий професіоналізм та культура, здатність до постійної самоосвіти та аналізу інформації.

Водночас у суспільній свідомості відбуваються процеси, пов'язані з крахом колишніх ідеалів: ламаються стереотипи, підлягають переосмисленню ідеологічні настанови та алгоритми, які колись здавалися непохитними. Розширення медіапростору, неконтрольований інформаційний потік, агресивна реклама дезорієнтують людину, особливо молодь, позбавлену стійких поглядів і переконань.

У цій ситуації актуалізується проблема формування світогляду як системи свідомих і несвідомих уявлень людини про навколишній світ, суспільство, про себе особисто, а також зумовлені цими уявленнями основні життєві позиції та константи, переконання, ідеали, ціннісні орієнтири.

Світогляд можна розглядати і як сукупність критеріїв, керуючи якими індивід застосовує також філософські категорії такі, як: «прекрасне і потворне», «високе і низинне», «добро і зло», – до конкретних речей, явищ, людей.

У динаміці світогляд – це форма духовно-практичного засвоєння особистістю навколишнього світу, у процесі якого вона сприймає, осмислює та

оцінює доступну реальність як середовище свого буття і діяльності, усвідомлює своє місце і призначення в життєвому просторі.

Так, В. Совальов трактує світогляд, як «програмне розгортання замислу життя, сенсу життя, надання загальній смисловій визначеності його практиці», синтезування знань з урахуванням бажань і можливостей та їх осмислення [256, с. 36]. Світогляд не дається людині з народження, а формується поетапно: в ранньому віці – шляхом засвоєння духовних, ціннісних орієнтирів сімейного рівня, пізніше – шляхом залучення більш змістовних секторів суспільства – дошкільних та шкільних закладах, і врешті. соціуму в цілому з його національними, релігійними, політичними, морально-етичними настановами. У цьому контексті Г. Школьник зазначає, що сформований світогляд – це органічна єдність трьох компонентів: інтелектуального, емоційно-вольового і практичного [312, с. 6].

Як доводять Г. Заліський, В. Зінченко та С. Рубінштейн, в основі світоглядних позицій лежать залежні від психоемоційних особливостей індивіда почуття і сприйняття, що взаємодіють з раціональними структурами і відображаються в здатності сприймати, усвідомлювати, розуміти світ і відтворювати його в культурному акті. Науковці відзначають певний дуалізм, характерний для світосприйняття: з одного боку – внутрішні зусилля особистості, а з іншого – вплив ззовні, що є джерелом безперервної внутрішньої боротьби [225].

Водночас гносеологічний аспект світогляду розкрито у наукових працях А. Хуторського [293], та В. Краєвського [142]. Аналізуючи позиції вчених, можна констатувати, що знання як результат процесу пізнання в подальшому трансформуються в свідомості людини в поняття, уявлення, судження, ідеї, теорії, гіпотези, концепції, принципи, закони, закономірності і т.д.

А відтак, знання – це основний компонент будь-якого освітнього процесу. Засвоюючись і накопичуючись, вони розширюють досвід людини, стають запорукою її подальшого удосконалення як особистості [224].

Це надзвичайно вагома складова світогляду людини, що відіграє визначальну роль у формуванні світоглядної культури особистості. Адже саме

знання постають результатом процесу пізнання та інтелектуальної діяльності людини [44, с. 38].

Втім, як зауважує Ю. Хайрулліна, хоча знання і поєднані зі світоглядом людини, але не тотожні йому, «це – просвітительський погляд, в основу якого, покладено уявлення про те, що є загальні закони буття, відомі філософії, а знання цих законів і складає світогляд, тобто є сукупністю цілісних уявлень про світ та місце людини в цьому світі». Насправді ж світогляд – «...це не звичний процес засвоєння готового знання, а внутрішня робота і самоздобуття» [289, с. 235].

З точки зору гуманістичного виховання, пріоритетними у формуванні світогляду є такі індивідуально-особистісні якості, як: естетичні погляди і вподобання людини, система морально-етичних принципів, норм і переконань, психологічні настанови та орієнтації щодо життєвих цінностей, цілей і засобів їх досягнення, методи поведінки та дій.

Акцентуючи увагу на розумінні світогляду крізь призму співвідношення «людина-світ», що виражає зв'язок між людиною та дійсністю, академічні розвідки Є. Бистрицького [180], В. Малахова [162; 163], В. Шинкарука [311], закладають органічне підґрунтя для осмислення таких понять як «світосприйняття», «світовідношення» та обґрунтування світоглядної методології у проблемному полі гуманітарного знання в цілому. У цьому контексті світосприйняття тлумачиться як спосіб самовизначення, саморозвитку і самосвідомості людини, згідно з чим здійснюються зв'язки і взаємовідносини індивіда з навколишнім світом. За визначенням В. Малахова, – це «культурна, духовна, моральна орієнтація людського суб'єкта, усвідомлювана як дієве визнання самоцінності» [162, с. 34].

Саме тому світоглядна культура виступає вагомою смисловою та життєвою цінністю, духовним мірилом світу особистості та вираженням її поглядів. Водночас вираженням «поглядів» може поставати не тільки окремий індивід, але й певна соціальна група, зокрема: громадські організації, політичні партії, релігійні общини, неформальні об'єднання молоді, студентські групи тощо. Громадянський світогляд ніби відсікає все те, що відрізняє та

виокремлює один світогляд іншого, натомість залишаючи лише загальні риси [180]. Такий підхід закладає істотні підстави для дослідження особливостей формування світоглядної культури особистості майбутніх медичних сестер.

Однак, світовідношення на відміну від світогляду (норми, цінності, ідеали, знання, погляди, переконання, цілі) та світосприйняття (самовизначення, самоусвідомлення, саморозвитку особистості на основі культурних, духовних та моральних світоглядних орієнтирів), виступає не структурною складовою світогляду, а її практичним підґрунтям. Адже світовідношення є не тільки поглядами або формою орієнтації людини в світі, а – практичним втіленням світоглядних принципів у житті, набуваючи свого виразу у «моральнісному самовизначенні» (В. Малахов). Воно насамперед проявляється в життєво-практичному аспекті, зумовлюючи трансформацію «поглядів на життя» на «реальне відношення до нього» у проблемному полі особистісної свободи, вибору та відповідальності. У цьому контексті В. Малахов основним типом моральнісного світовідношення проголошує довіру людини до світу, що призводить до утвердження «відкритого моральнісного світовідношення», яке розкривається через любов та співстраждання, оскільки «єдність цих начал, співстраждальна любов або просякнуте любов'ю співстраждання, постає надійним орієнтиром відкритого, творчого входження у світ, безкінечним джерелом творчих смислів» [163, с. 49].

Варто зауважити, що осмислення проблеми світогляду постає вагомою детермінантою розуміння культури у світоглядному аспекті як «специфічної культурної реальності», «світу людсько буття», «універсальної реальності людського буття» (В. Іванов [95], В. Козловський [180], Є. Бистрицький [180], В. Шинкарук) [311]), що уможлиблює духовно-практичне осягнення світу та світовідношення. Саме представники Київської світоглядно-антропологічної школи у проблемному співвідношенні «людина-світ» витлумачують культуру крізь призму людського буття та феномена людської особистості, потребуючи моральнісного самовизначення у світі [150].

Власне, слово «культура» в перекладі з латинської мови («*solo*», «*cultio*») означає обробка, «*colore*» – обробляти. У трактаті М. Катона ці слова пов'язували лише з землеробством. Втім, зауважимо, що акценти ставились на «обробці окремої земельної ділянки, яка не можлива без особливого душевного настрою». А згодом поняття «культура» поширюється на основні сфери людської діяльності, зокрема: виховання, навчання, вдосконалення особистості, професію.

Якщо здійснити ретроспективний історико-культурологічний аналіз, то побачимо, що Марк Тулій Цицерон (106-43 рр. до н. е.) у своїх листах «Тускуланські бесіди» зазначав, що розуміння культури потребує необхідності духовного та розумового розвитку людини («*cultura amini autem philosophia est*» – «культура духу є філософія»). У Ранньому Середньовіччі культура трансформується у поняття «*cultus*» (культ), поширившись таким чином і на сферу релігії, що уможливлювало для людини розкриття творчого і професійного потенціалу у любові до Бога. У світорозумінні Ренесансу це поняття застосовують лише для оцінки творчих здібностей людини, тоді як в епоху Нового часу воно редукується до визначення деяких напрямків, способів і результатів діяльності людини (Ф. Бекон, Т. Гоббс, Т. Мор) [151].

У цілому до кінця XVIII ст. в європейських словниках зустрічаємо досить вузьке витлумачення слова «культура»: піклування про мистецтво та розумову діяльність (академічний словник 1762 року); діяльність, яка спрямована на вдосконалення наук і мистецтв, на розвиток розуму (французький словник 1835 року); удосконалення всіх розумових та моральних якостей людини чи народу (словник Аделунга 1793 року) [279].

Варто зауважити, що ідею універсального характеру культури містить концепція Г. Гердера, адже цей мислитель є автором ідеї культур окремих народів [58].

Більш детальну концептуалізацію ідеї множинності «історичних культур» здійснює Ф. Шеллінг [310].

А представник німецької класичної філософії Г. Гегель у своїй праці «Філософія духа» [150; 277; 280] у контексті співвідношення «суб'єктивного»

та «об'єктивного духу» (просвітництва і культури) здійснює поділ культури на «власне культуру» та «культуру Просвітництва», аналізуючи її у проблемному полі освіти (культури в широкому сенсі), тоді як у XX століття такі дослідники культури як М. Бердяєв та П. Флоренський поняттю «культура» надали нового смислового відтінку, поширивши його на релігійно-духовну сферу [29; 284].

У сучасному гуманітарному дискурсі поняття «культура» набуває все більше світоглядного і морально-етичного забарвлення. Адже, якщо у 1952 р. вчені А. Кребер та Т. Калхон запропонували близько 180 визначень терміну «культура», то у 1983 р. на XVII Всесвітньому конгресі в Торонто, присвяченому проблемі філософії й культури, було наведено вже кілька сотень тлумачень цього поняття. Сучасна філософська та культурологічна думка оперує численними (понад 1500) визначеннями поняття «культура» [235, с. 161]. Втім, зважаючи на таке різномайття дефініцій, сучасна європейська наука розглядає чотири основні значення терміну «культура»:

- абстрактне визначення загального процесу, інтелектуального, духовного, естетичного розвитку;
- позначення стану суспільства, заснованого на праві, порядку, тощо;
- абстрактна вказівка на особливості способу існування або способу життя, властиві певній групі людей, історичного періоду;
- абстрактне позначення форм і продуктів інтелектуальної чи художньої діяльності: музика, література, живопис, театр, кіно, тощо [97].

Таким чином, поняття культура поєднує в собі науку (разом з технологією), освіту, мистецтво, мораль, спосіб життя та світогляд й постає об'єктом вивчення гуманітарних наук, таких, як: культурологія, соціологія, культурна антропологія, історія, психологія, етнографія, філософія [148].

Вважаємо за доречне навести приклад академічного визначення поняття «культури». Культура – це сукупність матеріальних і духовних цінностей, створених шляхом цілеспрямованої діяльності людства протягом його історії [150, с. 14].

А згідно з психологічним словником, «культура – це предметно-ціннісна форма освоювально-перетворювальної діяльності, у якій відображається

історично визначений рівень розвитку суспільства і людини, народжується та утверджується людський сенс буття» [231, с. 85].

У вужчому понятті культура – це сектор, духовно-просвітницької життєдіяльності суспільства, що містить у собі виховання, навчання, духовну творчість, а також організації та заклади, що їх здійснюють (дошкільні та шкільні, середньо-спеціальні, вищі навчальні заклади, музеї, театри та ін.).

Визначення «культура» також характеризує рівень виховання, освіченості або рівень компетентності в будь-якій галузі знань чи практичної діяльності (професійна культура, правова, моральна, естетична, релігійна, комунікативна, культура мови і т. д.).

На думку А. Арнольдова, культура – це певна система створених у процесі історичного розвитку матеріальних і духовних цінностей, норм суспільства, способів взаємодії людей, а також процес розвитку людини, її самореалізація та творчість, що є важливими для соціуму та спрямовані на освоєння та зміну світу [14].

Натомість В. Нестеренко наголошує не так на безпосередніх результатах матеріальної та духовної активності людини, як на закодований в них людський досвід, акумульований у виборі способу людської життєдіяльності [192].

У цій площині А. Швейцер стверджує, що «мета культури – духовне вдосконалення індивіда, тому однією з першочергових вимог гуманістичного виховання і розвитку особистості є необхідність використання всього духовного потенціалу культури, що відображений у продуктах матеріальної і духовної праці, системі соціальних норм і запитів, духовних цінностях, ставленні людей до природи, один до одного й до себе» [305, с. 11].

Це дає підстави для осмислення культури як комплексу конкретних цінностей, характерних для певної соціальної системи (всесвітньої, державної, етнічної, територіальної, релігійної). Тобто культура є живим організмом, який розвивається, вбираючи в себе особистий досвід кожного індивіда. Властиво, що представники Київської філософської школи пропонують розглядати культуру у світоглядно-антропологічній площині у контексті співвідношення

«людина-світ». У зв'язку з цим А. Залужна, наголошуючи на ролі Київсько-філософської школи на розробці світоглядного підходу в розумінні культури, стверджує про те, що її представники змогли «пов'язати між собою людину з дійсністю й зрозуміти трансформацію «об'єктивної реальності» у «світ людини», спонукаючи до пошуків евристичних потенцій світоглядної методології» [92, с. 186].

А відтак саме культура є істотним джерелом формування світогляду, оскільки крізь призму засвоєння духовних цінностей та розмаїття сфер культури людина здобуває не лише знання, але й переконання, віру, настанови, моральні основи, що визначають мотивацію поведінки. А тому культура з позиції суб'єктивної характеристики індивіда є цілісністю світогляду і способу дій, цінністю, втіленою в особистості.

Розуміння культури у площині складної, багатогранної системи уподібнює її до атмосфери Землі з верхніми і нижніми шарами: світова (або загальнолюдська) культура, як сукупність цінностей і досягнень держав і народів, що населяють Землю – це ніби верхній шар, за яким слідує національна (окремих країн, етносів, соціальних груп), класова або соціально прийнята субкультура (професіональна, молодіжна, наукова, творча, релігійна субкультура), сімейна і, наостанок, персональна та особиста. У цьому сенсі культура особистості постає в центрі уявної атмосфери і становить одночасно її нижній шар. Розуміємо, що така інтерпретація є символічною, однак саме вона дозволяє краще усвідомити, що персональна культура є і віддзеркаленням, і основою загальнолюдської культури як взаємного переплетення особистих культур всіх індивідів, які жили колись і тепер.

Зауважимо, що особистісна культура людини також багатопланова, оскільки це: зовнішня культура, інтелектуальна культура, естетична культура, духовна культура, моральна культура, світоглядна культура, особиста культура, професійна культура, комунікативна культура та ін.

Зокрема, В. Гребеньков виділяє і такі компоненти загальної культури особистості, як методологічна, політична, правова, моральна, філософська,

релігійна культура, які активно взаємодіючи, взаємозбагачуються конкретними якостями [66].

Властиво, що саме емоційна культура як елемент загальної культури особистості викликає значний інтерес вчених.

Так, В. Сухомлинський у праці «Народження громадянина» називає культуру почуттів особливою сферою духовного життя людини і підкреслює, що без широкого і повного діапазону почуттів неможливе буття людини в цілому. Відомий педагог виділяє такі показники емоційної культури: культуру почуттів і сприйняття, культуру слова та емоційних станів, емоційну сприйнятливість світоглядних і моральних ідей, принципів, істин [262].

Варто зазначити, що поняття «світоглядна культура» охоплює спектр визначень понять «світогляд» та «культура», являючи собою принципово нове утворення, яке не тільки відображає споглядальне сприйняття світу, але й зумовлює його дійове засвоєння, перетворювальне і творче ставлення до світу, реалізацію цього ставлення на всіх рівнях соціального самовираження. При цьому споглядання (як розумне сприйняття) є відправною точкою засвоєння світу. Зокрема перетворення можна розглядати, як технологічний процес цього засвоєння, як спосіб і механізм передачі накопичених знань, навичок, досвіду, культури наступним поколінням.

Зміст світоглядної культури характеризують три ознаки: гуманістична, висококультурна, людиноцентрична. Центром світоглядної культури є людина, причому не як біологічний вид, а як особистість, індивід в усій повноті його ставлення до світу, а головне – до інших людей та до самої себе. Вона постає рушійною силою в процесі взаємодоповнення, збагачення та розвитку раціонального і вольового компонентів.

Втім, світоглядна культура сприяє нормальному функціонуванню і розвитку особистості тільки за умови, що сформований світогляд індивіда збігається з ціннісними орієнтирами визначеного суспільства. Адже світогляд як сукупність знань і переконань репрезентує внутрішній світ особистості, джерелом наповнення якого постає зовнішній світ людської культури. І як справедливо зазначає О. Наконечна, «поклик долі може стати світоглядним

орієнтиром життєдіяльності людини, що дозволяє їй відшукати своє власне місце у світі, поєднуючи в собі довіру до світу і життєву стійкість в постійному духовному самовдосконаленні наперекір чи завдяки всім складним обставинам» [188, с. 14]. Отже, *культура світогляду є своєрідним підсумком, продуктом формування світогляду людини в цілому, а також засобом внутрішньої регуляції комунікативних дій між індивідумом та соціумом.*

У сучасних наукових дослідженнях не існує єдиного розуміння означеного феномену та його структури. *Варіантів визначень сутнісного змісту поняття «культури світогляду» багато і вони різнопланові.* Адже поняття, як і проблема феномена світоглядної культури в цілому, є історично новим, особливо у сфері медицини. Інтерес до цього феномену виник не раніше початку вісімдесятих років минулого століття та пов'язаний з науковими розвідками Є. Бабосова [20] і Н. Ніколаєва [193], у яких вчені вказують на необхідність дослідження сутності цього сегменту культури особистості, його формування і розвитку. У їхніх працях зроблено першу спробу дати визначення світоглядної культури, з'ясувати його структуру, шляхи утворення та розвитку.

Так, на рубежі 1980 – 1990 років ХХ ст. світоглядну культуру аналізують шляхом опису зовнішніх її проявів у багатьох публікаціях і дослідженнях [7; 20; 58; 81; 284]. Зокрема, А. Азархін розглядає світоглядну культуру як особливу якість світогляду, відповідно до якого людина здійснює культурний спосіб життя [4; 5].

Тоді як авторський колектив монографії «Світоглядна культура особистості» (Є. Бистрицький, В. Козловський, В. Іванов, М. Тарасенко), яку було опубліковано в Києві у 1986 р., приходить до висновку, що культура світогляду описує таку властивість індивіда, як сприймання та інтерпретація соціальної дійсності в прийнятну для себе форму, яка буде відповідати соціальній специфіці суспільної діяльності людини. Автори стверджують, що культура світогляду – це особливий образ духовного та практичного власного визначення соціальної форми життя та діяльності особистості, який розкриває поєднання індивіда та суспільної форми практичної активності. [180, с. 215]. Значної уваги науковці надають ролі особистості, яка створює «світ

людського» і постає цариною ціннісних орієнтирів та смисложиттєвих вимірів людського існування, спонукаючи до саморозвитку, самотворення та самореалізації. У зв'язку з цим представники Київської світоглядно-антропологічної школи звертають увагу на те, що «людське буття і буття культури – це одна реальність, у якій людське діяння стає культурною нормою» [180, с. 12]. Адже як становлення особистості потребує духовно-практичних надбань, так і розвиток культури потребує особистісної самореалізації в культурі на засадах розбудови світоглядної культури особистості. Квінтесенцією процесу формування культури світогляду вчені вважають інтелектуальне засвоєння суспільних знань, їх розуміння та осмислення на рівні самосвідомості та самовизначеності людини, з подальшим виробленням певного вектора поведінки особистості в її духовній та практичній активності. У цьому зрізі Є. Бистрицький наголошує, що основним завданням формування культури світогляду індивіда має бути всебічне вивчення проблемних питань сьогодення, глибоке пізнання їх особливостей, яке неможливе без процесів пізнання та свідомої інтерпретації дійсності [180].

Згідно з поглядами Н. Соболевої, світоглядна культура формується шляхом підвищення рівня світоглядної свідомості індивіда, яка гарантує здатність до прийняття самостійних рішень та відповідальності за них, кристалізацію теоретичного мислення, засвоєння наукових принципів, способів аналітично-логічного опрацювання інформації, прагнення самостійно знаходити істину, застосування навичок подолання і розв'язання суперечливих моментів у внутрішньому світі особистості, виборі світоглядних партнерів та діяльності, спрямованої на втілення цих принципів та ідей в практичне життя [255, с. 16-17].

Властиво, що Н. Соболева вважає світоглядну культуру кінцевим пунктом становлення цілісного світогляду особистості, способом внутрішнього упорядкування взаємозв'язків індивідуального і соціального суб'єктів.

Отже, на початок минулого століття у науковій сфері утверджується точка зору на світоглядну культуру як на духовний і практичний спосіб життя та діяльності індивіда, для якого культура є справжньою життєвою цінністю.

У структурі світоглядної культури вчені виділяють чотири основні складники:

- знання;
- цінності;
- спосіб мислення;
- активність особистості.

Водночас існує й вужче розуміння світоглядної культури. Так, в енциклопедичному словнику В. Безрукової, значення терміна «світоглядна культура» трактується як «сукупність джерел і способів пізнання людиною світобудови, сутності самої людини та її відносин зі світом, а також тих навчань, теорій, ідей, яких вона стала дотримуватись у результаті пізнання. Світоглядна культура включає в себе релігію, моральність, філософські погляди, духовні потреби. Вона має в широкому сенсі історико-культурний характер і залежить не тільки від особливостей індивіда, а й від рівня розвитку культури, у якій він зростає, від національних особливостей, від історії роду тощо» [26, с. 455].

На початок нинішнього століття дефініція поняття світоглядної культури значно розширюється і поглиблюється. Зокрема, такі науковці як Г. Позизейко [214], О. Шаповал [298; 300], В. Андрущенко [12], Ю. Хайрулліна [289], В. Смікал [254] одноставно стверджують, що культура світогляду є найвищим досягненням особистості, основою її практичної та духовної діяльності, універсальною, інтегральною, цілісною та фундаментальною якістю індивіда. Аналітичний огляд запропонованих досліджень стає вагомою детермінантою всебічного вивчення феномена світоглядної культури, сприяючи уточненню її дефініції та визначаючи шляхи та умови формування її в особистості.

Зокрема, О. Шаповал описує визначення поняття світоглядної культури як організацію внутрішнього світу людини, яка упорядкована певним чином і

позначає способи її орієнтування у довкіллі – природному та соціальному [301, с. 9].

На думку О. Шаповал, формуванню світоглядної культури слугує об'єктивне сприйняття довкілля та самого себе, світоглядний вибір з орієнтацією на національні та загальні людські цінності. Світоглядна культура формується протягом усього життєвого шляху людини, проте, як наголошує науковець, найбільш активно – на відрізку становлення особистості.

Водночас академік АПН України В. Андрущенко виокремлює у культурі світогляду духовну та практичну базу особистості, джерела її розуму, мисленнєвої діяльності, переживань, волі та почуттів, діяльності як активності в ставленні індивіда та наявної реальності [12].

Згідно з визначення Г. Позизейка, культура світогляду постає однією з характеристик інтегративного спрямування індивіда, що ґрунтується на особистісних цінностях, які зумовлюють особливості світосприймання людини, розуміння та орієнтації в світі, та які, з іншого боку, утворюють основу для позиції світогляду особистості співвідносно до суспільних норм, правил та настанов. Індивідуальна культура світогляду є універсальною, неподільною, фундаментальною якістю індивіда [215]. Прикметно, що духовним осередком психологічної структури культури світогляду Г. Позизейко вважає групу цінностей, які є визначальними для характеру та розуміння світу в житті та діяльності особистості, узгоджують її власні моральні, етичні, фахові та соціокультурні орієнтири.

Світоглядна позиція, на підставі описаних вище цінностей, чітко віддзеркалює суть переконань і поглядів, соціально усталених норм і моральних поведінкових принципів у векторі світогляду та відносин між людиною та соціумом, у ставленні до самої себе, під час фахової та пізнавально-комунікативної активності в суспільстві.

На нашу думку, вартує наукової уваги означення культури світогляду В. Смікал, яка вважає, що інтегральна якість індивіда є водночас проявом його ставлення до світу, світоглядним потенціалом та інформованістю. А тому

культура світогляду містить у собі окремі риси культури людини, об'єднуючи при цьому:

- сукупність знань про людину та оточуючу реальність;
- мислительний образ
- цінності світогляду людини;
- активність світогляду індивіда.

На переконання В. Смікал, культура світогляду є фундаментом свідомості індивіда, джерелом духовної сутності світогляду певної якості, що характеризує модус існування людини та її життєдіяльності у сфері культури, де культура підноситься до сенсу життя і його найвищої цінності [253].

Означене твердження націлює нас на визнання пріоритетності світоглядної культури індивіда як базису орієнтирів людини в житті, що забезпечується процесами пізнання, розуміння явищ реальності, творчим рівнем особистості. Культура світогляду приходить на допомогу індивідові під час визначення головних критеріїв оцінки навколишнього світу, в тому числі і внутрішнього світу інших людей. Вона впливає майже на всі психічні процеси, зокрема на емоції, волю, настанови особистості, визначає її психотип.

Між першим і другим десятиліттям нинішнього століття науковці В. Лукевич, Л. Абросимова, Т. Горохівська, В. Шамсутдинова, Н. Крамська, Ю. Хайрулліна досліджують стійкий зв'язок між культурою світогляду індивіда та загальною людською культурою, а також вплив, який мають на її формування мовні та національні особливості, події історичного характеру, фахове середовище тощо.

Науковці також вивчають вплив, який здійснюють на процес формування культури світогляду такі чинники, як наукові дисципліни, деякі види мистецтва, навчальне та виховне середовище в різних типах закладів освіти. На думку Н. Крамської, культура світогляду є своєрідним спеціальним визначальним механізмом для вибору напрямку діяльності індивіда, прогнозування, самооцінки та усвідомлення власного «Я», ставлення до оточення та на цьому тлі утворення кола спілкування, засвоєння норм і цінностей етично-естетичної сфери, утворення системи власних ідеалів та

усвідомлення свого місця у життєвому мікро- та макросередовищі. Виняткового значення набувають такі чинники формування культури світогляду, як: заклади освіти, родина, ЗМІ, література та мистецтво, засоби комунікації (віртуальні та візуальні). Водночас зростає роль дизайну як вагомого чинника впливу на сучасне суспільство в цілому та на молодь зокрема [144].

На думку В. Шамсутдінової, світоглядна культура являє собою комплекс переконань, знань, важливих для особи ціннісних правил і норм, які допомагають накопичувати та застосовувати соціальну і культурну інформацію, що впливає на усі сфери життя та діяльності індивіда на ґрунті особистісної сукупності соціальних та ціннісних відносин [298]. Дослідниця переконана в тому, що культура світогляду та суспільства є взаємопов'язаними факторами, позаяк суспільна культура постає своєрідним поживним ґрунтом для культивування особистісної культури. Межі їх дотику, з одного боку, окреслюються в площині духовної, моральної та практичної життєдіяльності соціуму та його індивідів, а з другого, – у площині культурного та індивідуально-світоглядного розвитку людини. Моральною та духовною базою культури світогляду людини слугує її соціальне та культурне середовище: сформований на історичному тлі комплекс ідеалів та цінностей, моральні та етичні принципи поведінки, народні культурні традиції. Науковець впевнена, що процес формування культури світогляду людини тісно зв'язаний зі свідомим сприйняттям соціальних ціннісних відносин, провідних ідеалів, етичних і моральних норм і принципів, стилю діяльності, які властиві для культури окремо взятого суспільства, що були історично закладені в його духовно-практичний та дієвий фундамент.

Апелюючи до сутнісного розуміння світоглядної культури особистості, Л. Абросимова ставить акцент на полісегментній інтегральній освіті людини у нерозривному зв'язку з культурою світу, що наділена достатнім обсягом переконань, знань, норм та навичок діяльності, включаючи досвід творчості, поведінки і фахової діяльності. Це поняття виявляє стабільне відношення особистості до навколишньої реальності, що ґрунтується на знаннях, які, у

свою чергу, спрямовують діяльність та поведінку, що втілюються в життя засобами конкретних дій, вчинків та ціннісних орієнтирів. Світоглядна культура особистості є стійкою системою відносин людини до дійсності, у формуванні яких беруть участь знання, що відображають спрямованість поведінки і діяльності, втілюються у відповідних справах, вчинках і ціннісних орієнтаціях. Становлення світоглядної культури суб'єкта передбачає, в першу чергу, формування у нього уявлень про категорії світу, життя, життєтворчості в процесі повсякденної діяльності.

Дослідниця переконана, що зміст світоглядної культури розкривають її провідні функції:

- ціннісна (перетворює сукупність одержаних знань на переконання та моральне і ціннісне самовизначення людини);
- пізнавальна (націлена на сприймання особистістю соціальних та духовних цінностей соціуму, загальне розширення кругозору);
- культуротворча (спрямована на інтелектуальний та культурний самостійний розвиток людини);
- інтегративна (проявляється у причетності до всіх складових частин загальної культури індивіда);
- адаптивна (виявляє прояви через соціальну активність людини, її комунікабельність, здатність до пристосування та підвищення кваліфікації) [1, с. 5-7].

Відзначаючи складність структури та поліфункціональність культури світогляду, Т. Горохівська підкреслює її елітарність щодо інших чинників цілісного світогляду індивіда [63]. Культуру світогляду індивіда дослідниця вважає особливою здатністю до освоєння природного та соціального довкілля, до формування та прояву власних творчих здібностей.

Водночас В. Долженко пропонує розглядати світоглядну культуру особистості як відображення її духовної культури, комплексу засвоєних індивідом загальноприйнятих цінностей, що визначають його переконання, ідеали, ідеї, відношення до оточуючого світу, взаємодію з ним на гуманістичних основах, які проявляються в поведінці та вчинках людини, у

способах самовдосконалення та самореалізації [79]. Подібну думку відстоює В. Лучкевич, який констатує, що світоглядна культура – це все ж «духовна вісь особистості», що служить основою її самосвідомості, тобто в цілому характеризує відношення людини до навколишнього середовища [160].

Цікаву гіпотезу висуває Ю. Хайрулліна, згідно з якою світоглядна культура особистості як світогляд людини розвивається за лінією: міфологічний – релігійний – філософський – науковий – гуманітарний. Більш високим рівнем розвитку дослідниця вважає філософський світогляд, оскільки він продукує філософську світоглядну культуру та науковий світогляд. На практиці вищезначені типи світогляду нерідко зустрічаються в пограничних станах, коли особистість ніби «застрягає» на межі між міфологічним і релігійним, релігійним і філософським, філософським і науковим, науковим і космологічним світоглядом. У цьому випадку тип світоглядної культури є змішаним [289].

Основними ознаками світоглядної культури особистості науковці вважають: вираження критеріальних принципів оцінки навколишньої дійсності, внутрішнього світу інших людей, вплив на психічні процеси особистості, регуляцію її емоційно-вольової сфери, формування особистих переконань, знання та ін.

«Світоглядна культура, засвоюючись людиною і проходячи крізь її життєві цілі та інтереси, формує власну позицію у ставленні до всіх життєво важливих моментів її буття. Причому, позицію не тільки теоретичну, але й практичну, що визначає не лише цілі, ідеали і сенс життєдіяльності індивіда, а й засоби їх реалізації, спосіб і направленість соціальної активності» [151, с. 9]. За усіх інтерпретацій поняття культури світогляду, розгляд наукових джерел у сфері психології, педагогіки, культурології, філософії та соціології дає підстави до виділення трьох найбільш універсальних формулювань:

особливий вид світогляду людини, згідно з яким особистість реалізує культурний спосіб життєдіяльності (Н. Соболева [255], В. Гребеньков [66], А. Азархін [4; 5]);

- певна властивість внутрішнього світу людини, що складає інтелектуальний фундамент особистості. Є основою для діяльності та мислення особи, спонукає її до активності (Т. Горохівська [63], В. Андрущенко [12; 13], В. Смікал [253; 254], В. Безрукова [26], Ю. Хайрулліна [289], Н. Крамська [144], О. Шаповал [299];

- своєрідний прояв духовності людини, нероздільний елемент духовної культури особистості, підґрунтям якої є її власні цінності. Це «духовна вісь особистості» (Є. Бистрицький [180], В. Іванов [12], В. Шамсутдинова [298], Г. Позизейко [215], М. Долженко [79], М. Тарасенко [180], А. Абросимова [1; 2], В. Козловський [180] та інші).

З точки зору педагогіки, найбільш прийнятним можна вважати останнє формулювання, оскільки воно визначає світоглядну культуру, насамперед як компонент загальної культури особистості та елемент духовності. У цій якості світоглядна культура здійснює вплив на формування шкали цінностей особистості, виходячи із її світоглядних позицій та спрямовуючи діяльність індивіда.

Власне, людина, накопичуючи протягом життя та навчання світоглядний потенціал, набуває здатності вибору із усього спектру засвоєних поглядів, уявлень та ідей саме тих, що складають її переконання, її життєву позицію, «покликання долі» і керуючись якими, засвоює загальнолюдську культуру, наявний культурний простір, культурні цінності свого соціального середовища.

Таким чином, проведене нами дослідження стало підставою для всебічного вивчення феномена світоглядної культури, дало змогу уточнити її дефініцію, визначити шляхи та умови формування.

У цьому контексті світоглядна культура постає як істотний складник загальної культури особистості та своєрідна форма її духовно-практичного вияву, що передбачає:

- становлення ідеалів, цінностей, моральних настанов крізь призму власного світогляду;
- формування особистісних переконань, поглядів та моральнісних поведінкових норм;

- вплив на визначення світосприйняття, світовідчуття, світорозуміння та світовідношення;
- формування загальнонаукових, позанаукових та професійно-орієнтованих знань;
- комунікативну взаємодію людини з іншими індивідами, культурою та світом в цілому;
- реалізацію професійної діяльності, творчого розвитку, особистісного самоздійснення, самотворення та самовдосконалення.

Властиво, що соціокультурне середовище виступає істотним підґрунтям формування світоглядної культури особистості та її духовно-практичних, морально-етичних, культурно-освітніх, комунікативно-інтеракційних і ціннісно-орієнтаційних вимірів, що забезпечують її повноцінне функціонування в конкретних культурно-історичних координатах. Саме культура соціуму впливає на створення реальних умов особистісного світоглядного становлення як в цілому, так і в освітньо-виховному контексті зокрема.

Безумовно, світоглядна культура формується і розвивається протягом усього життя. Усвідомлення та долучення до культурних духовно-практичних надбань людства, орієнтація на вищі морально-етичні цінності, прагнення до особистісної саморозбудови та самореалізації в світі є вагомими чинниками формування світоглядної культури особистості. Натомість основні цінності закладаються в культурно-світоглядний фундамент особистості в старшому шкільному та студентському віці, а тому необхідність організації освітньої діяльності студентської молоді та спрямування її в світоглядний пошук постає надзвичайно важливою проблемою, яка потребує подальшого її дослідження.

1.2. Особливість формування світоглядної культури медичних сестер як вагомий чинник професійного становлення особистості

Здійснений нами в попередньому параграфі аналітичний огляд теоретико-методологічних підходів осмислення феномену світоглядної культури в працях відомих педагогів і філософів ХХ- початку ХХІ століття (А. Хуторського, В. Краєвського, М. Бердяєва, П. Флоренського, А. Кребера, К. Клакхона, А. Швейцера) дає підстави розуміння світоглядної культури як надзвичайно вагомий характеристики особистості, яка постає фундаментальною, універсальною та цілісною. Світоглядні орієнтири – гносеологічні, ціннісно-сміслові, соціально-моральні, духовні та ін., значно розширюють сприйняття навколишньої дійсності до узагальненого бачення «світу в цілому». Показником універсальності постає єдність духовного і прагматично орієнтованого ставлення індивіда до світу. Цілісність базується на полівекторності і одночасно цілеспрямованості людського життя і діяльності, що є смислотворчою і практичною базою світоглядного самовизначення особистості в наявному бутті.

У системі професійної підготовки майбутніх спеціалістів об'єктивними факторами формування світоглядної культури прийнято вважати :

- конкретно-історичні, соціально-економічні і соціокультурні умови життєдіяльності суспільства, що відобразилися в змісті його світоглядної свідомості і сформувалися в об'єктивні соціальні вимоги до професійної діяльності конкретних спеціалістів;

- духовно-культурна спадщина суспільства: його історичні та патріотичні цінності, взаємопов'язані з загальнолюдською культурою і гуманітарними знаннями, з вмістом цільового та організаційно-змістового компонентів практики виховання і навчання особистості в соціумі, з релігією, мистецтвом та літературою, народним художнім мистецтвом;

- світоглядна самосвідомість особистості студента як система її ціннісних настанов і орієнтацій, світоглядних переконань, ідеалів і принципів, що скеровують емоційно-вольову, інтелектуально-творчу, професійну і соціальну

активність особистості студента в процесах саморозвитку і самовизначення» [2, с. 45].

У контексті вивчення та проведеного аналізу відповідної наукової літератури з психології, педагогіки, соціології та культурології, можемо стверджувати потребу у світоглядній культурі як одну з базових потреб індивіда. Вона виникає в процесі його практичної діяльності та творчості, постаючи «джерелом активності» суб'єктивного типу, і є визначальною в процесі засвоєння наявного суспільного світогляду та вироблення індивідуальних понять, переконань та образів на основі суспільних зразків [34].

Значущим є і той факт, що задекларована потреба спонукає особистість до подальшого самовдосконалення, розвитку індивідуальності, що полягає в умінні індивіда не лише накопичувати знання про світогляд, але й самому їх продукувати. Адже світоглядна культура – це частина фундаменту для побудови самосвідомості особистості і визначальний фактор, що впливає на ставлення індивіда до світу.

Тому важливою проблемою у цьому зрізі постає розробка засобів і методології виховання культури світогляду у студентства як підґрунтя для соціалізації, подальшого життя та професійної діяльності молоді. Актуальним завданням є виявлення групи факторів, які мають безпосередній вплив на процес формування культури світогляду молодих спеціалістів в цілому та медичних сестер зокрема з метою їх вивчення та подальшого впровадження в навчально-педагогічний процес.

Так, теоретичне обґрунтування необхідності формування наукового світогляду здобуває своє вираження у працях С. Гончаренко [60], Л. Корміної [137], Ю. Руденко [238], І. Шахіревої [303], В. Шинкарук [311].

Художній світогляд з точки зору філософії та педагогіки було досліджено та описано в роботах А. Азархіна [4], Р. Арцишевського [16], М. Бахтіна [25], П. Гуревича [72], Н. Мирпольської, [181], О. Рудницької [239], Г. Тарасенко [263].

Дослідження та опис корелятивних зв'язків між культурою та світоглядом здійснювали В. Малахов [163] та А. Швейцер [305].

Духовні цінності як базу для формування культури світогляду молодого покоління розглядають у працях О. Белих [31], О. Бондаревська [37], О. Олексюк [198], О. Семашко [242], Д. Чернилевський [295], Г. Шевченко [307].

Зокрема, В. Іванов у монографії «Світоглядні проблеми еволюції природи і становлення людського світу» виокремлює роль соціальної життєдіяльності як практичного ядра і світоглядної культури особистості, а також загальної культури в цілому. З точки зору дослідника, світоглядна культура в ширшому розумінні, являє собою «суспільно вироблену сукупну здатність живої колективної діяльності до перетворення світу відповідно до законів природи та суспільних потреб і цілей» [96, с. 98].

Водночас процес становлення культури світогляду, на думку В. Андрущенка, перебуває під безпосереднім впливом економічних і соціально-політичних умов, що склалися на території проживання особистості, а також виду її діяльності, загальнокультурного фону, найближчого оточення, побутових реалій. Вплив цієї групи факторів також залежить від загальної активності особистості та її вольових якостей, індивідуальної рефлексії, активної життєвої позиції та психологічної стабільності, ставлення до історичного минулого свого народу. Вітчизняний вчений вважає, що вищезазначені фактори слід розглядати як підґрунтя для формування нової, сучасної культури світогляду молодого покоління та як основне завдання освіти на майбутнє.

Окрім окреслених факторів, у сучасних наукових дослідженнях можна виділити такі, як: структура навчання (О. Шаповал) [300], сім'я, ЗМІ, молодіжні організації неформального типу, мистецтво (Ю. Руденко) [238], засоби комунікації, в тому числі віртуальні, особливості міського дизайну (Л. Корміна) [137], музика та народна творчість (Г. Позизейко [215], В. Шамстудінова [298]).

Здійснений нами аналіз наукових праць Б. Ананьєва [8], В. Левкович [154], Л. Абросимової [1; 2], В. Сухомлинського [262], В. Франкла [287], Г. Еріксона [322], Д. Узнадзе [275], В. М'ясищева [186] та ін.

засвідчує, що виховання культури світогляду є важливою частиною формування єдиного образу «Я» для кожної молодої людини. Найбільш вагомим цей процес стає в період набуття професії. Таким чином, формування культури світогляду як важливої основи особистісного та професійного зростання сучасного фахівця є одним із базових аспектів процесу підготовки медпрацівника.

Важливо підкреслити, що виховання світоглядної культури здійснюється поступово: в родині, у дошкільній установі, в школі, коледжі, гімназії чи ліцеї, у ЗВО. У цьому контексті Д. Узнадзе була висунута відома теорія настанов. За її принципами, основою активної світоглядної поведінки та діяльності особистості є настанови, що зумовлюють єдність, динаміку та спрямованість відносин між індивідом та довкіллям, суспільством і власне самим собою. На думку вченого, ці світоглядні настанови є корелятивними за принципом становлення і проявляються в здатності особистості до перманентного духовного розвитку та перетворення себе [275].

Варто зауважити, що процес формування світоглядних настанов для активізації пізнавальної діяльності та емоційно-ціннісного ставлення до неї, забезпечення готовності до моральної та соціальної поведінки в суспільстві вимагають певних суб'єктивних та об'єктивних умов. Це задоволення потреб у світоглядно-ціннісних діях і вчинках, з одного боку, та створення ситуацій, які сприяли б задоволенню таких потреб, – з другого. Саме тому у працях В. М'ясищева [186] запропоновано три основні показники, що характеризують світоглядне ставлення особистості до соціуму:

- вибірковість;
- свідомість;
- активність.

Вони визначають не лише соціальне функціонування індивіда, а й коефіцієнт розвитку вольового, емоційного та інтелектуального елементів індивідуального світогляду [186]. Виражаючи здатність особистості до системного відображення довколишньої дійсності в минулому, теперішньому та можливість робити прогнози на майбутнє, емоційно-оцінювальна функція

індивіда формує вибірковість світоглядного ставлення до явищ та об'єктів реальності. Такий процес вимагає адекватної самооцінки, реального усвідомлення власних можливостей та здібностей, які залежать від рівня розвитку світоглядної самосвідомості. Натомість дійову активність і самостійність особистості визначає вольова готовність до того, щоб відстоювати власні погляди, переконання та ідеали та проектувати їх на свою повсякденну діяльність [186].

Важливо, що Б. Ананьєв та А. Ковальов пропонують розглядати формування світоглядної культури в комплексі з процесом становлення характеру індивіда. «Ставлення особистості» та «генезис утворення характеру» при цьому ототожнюються як категорії, позаяк, за визначенням В. Ананьєва, характер людини виступає системою «властивостей особистості, її суб'єктивних відносин до суспільства, інших людей, діяльності, самої себе, що постійно реалізуються в громадській поведінці і закріплені в її стилі життя» [8, с. 312-313]. Як бачимо, особистісний світогляд, процес становлення якого відбувається в конкретний історичний відрізок часу, у Б. Ананьєва постає сучасником певної епохи. Активна соціальна позиція особистості проявляється через діяльність, що відбувається шляхом становлення і розвитку соціальних зв'язків між людьми на засадах культурних цінностей та соціальної моралі. Водночас соціальна активність особистості виступає своєрідним індикатором здатності індивіда до вивчення власного середовища, у якому він розвивається, опосередковуючи власні творчі, культурні та професійні зв'язки. [8, с. 105-161].

До питань світогляду особистості у проблемному полі психології сенсу звертаються такі вчені, як А. Леонтьєв [156] та В. Франкл [287]. Зокрема, А.Леонтьєв зауважує, що «пристрасність» людської свідомості до навколишнього і особистого внутрішнього світу зумовлена наявністю сенсу в складі світогляду особистості, який постає сенсотворчою ланкою між цілями і мотивами життєдіяльності людини. Відтак, сенс виникає в основному під час переосмислення і оцінювання основних факторів життєдіяльності в темпоральних площинах становлення особистості в суспільстві. Для того, щоб

розуміти сучасні події та прогнозувати найближче майбутнє, особистість має повністю усвідомлювати явища, події та факти минулого з точки зору світогляду та цінностей. Саме від цього залежатиме напрямок стосунків з іншими в соціумі, профорієнтація, усвідомлення необхідності морального розвитку, тощо.

Основними показниками сформованості світогляду особистості Д. Леонт'єв вважає:

а) трансформацію сфери потреб шляхом заміни винятково споживацьких цілей на вищі, духовно-творчі прагнення;

б) заміну в мотиваційній сфері діяльності з метою підвищення її актуальності та значущості, а також професійної, етичної, моральної, соціальної повноцінності [156].

Втім, в окреслених проявах особистості німецький психолог В. Франкл вбачає, з одного боку, трансцендентальний аспект персонального світогляду, що характеризує ступінь самопоглиблення особистості, проникнення в сферу духовності та морального самовдосконалення, в прагненні до розкриття світоглядної сутності індивідуальних цілей і цінностей, а з другого, – властиву світогляду інтенцію, що відстежується в екстраверсії індивіда і в смисловій наповненості його інтересу до навколишньої реальності, природного середовища, соціуму і людей [287, с. 77, 120].

Важливим для нашої проблематики є наукове дослідження Л. Абросимової, у якому дослідниця пов'язує становлення світоглядної спрямованості особистості з навчанням за умови інтегративного розвитку розумових здібностей, емоційної сфери та вольових якостей, які формуються на ґрунті ефективної організації навчального процесу. Під час навчальної діяльності педагогічний колектив створює необхідні умови для наповнення потреб духовним змістом, формування цінностей, принципів та мотивацій, значущих для суспільства. На такому підґрунті дозріває індивідуальна готовність молоді до діяльності та вчинків з духовною та соціально-ціннісною основою світогляду [2, с. 30].

У зв'язку з вищесказаним у контексті досліджень Р. Немова [191], Г. Андрєєвої, [10], В. Ляудіса [161], Є. Климова, [108], К. Абульханової-Славської [3] можна окреслити наступні умови впливу (пріоритети) на розвиток світогляду молодих людей, які навчаються, а саме:

- моделювання проблемних навчальних ситуацій з метою виявлення світоглядної культури студентської молоді та аналізу соціально та професійно важливих протиріч та перешкод [169; 170; 216];
- заохочення майбутніх спеціалістів медичної галузі до різних форм пізнавальної діяльності, у якій, на переконання К. Абульханової-Славської, прихований величезний потенціал для прояву «світоглядної активності» та «інтенсифікації духовного життя особистості» [3, с. 72];
- підтримання синтезу та інтеграції знань як основи накопичення у студентської молоді інформації про навколишній світ та формування власних світоглядних позицій: морально-естетичних, природничих та соціальних;
- трансформацію засвоєних знань у власні переконання з подальшою їх реалізацією на практиці в щоденній студентській діяльності.

Запропоновані педагогічні прийоми стимулюють мислення, прививають здатність до рефлексивно-аналітичного та узагальненого орієнтовного пізнання, мобілізують креативний потенціал на продукування творчих та нестандартних рішень професійного і соціального характеру.

Водночас освітнім процесом передбачена самостійна робота молоді над пошуком уявлень світогляду, емоційна експресія та моральне оцінювання з подальшим застосуванням сталих світоглядних переконань в діяльність майбутніх медичних сестер з точки зору їх соціального спрямування. Тому необхідно створювати умови для взаємних зв'язків між формами комунікативної, суспільно-корисної, навчально-пізнавальної діяльності з ситуативними моделями, в яких у студентів спочатку продукується, а згодом реалізуються на практиці соціальні, етичні, моральні норми та принципи особистої відповідальності і самостійності в прийнятті рішень, свободи в умовах морального вибору тощо.

Властиво, що до питань дослідження проблем світогляду у сфері професійної діяльності зверталася низка вчених у 70-х – 80-х роках минулого століття [51; 107; 134; 191; 296], відповідно до яких світоглядний складник професійної спрямованості проявляється в усвідомленні індивідом соціальних вимог до певного компонента фахової діяльності та системи задач для спеціалістів в цілому, зумовлюючи професійний інтерес та потребу його становлення. Зауважимо, що професійний інтерес (від лат. *profiteor* – оголошую свою справу та *interes* – важливо) – це не просто цікавість до гіпотетичної професійної справи, а інтерес, пов'язаний зі свідомо обраною спеціальністю. Професійний інтерес є показником світоглядної зрілості студента, позаяк саме він значною мірою стимулює бажання та активізує намагання молодшої людини здобути освіту з певного фаху, оволодіти сукупністю знань і навичок з обраної професії або реалізувати ідею сумлінного служіння людству.

Як відомо, головним об'єктом професійного інтересу є не окремі знання з різних наукових дисциплін, а майбутня фахова діяльність. Водночас психологічним нюансом професійного інтересу виступає суб'єктивна зацікавленість майбутнім фахом, зумовлена внутрішньою настановою людини на усвідомлення об'єкта інтересу та отримання задоволення від процесу навчання. Професійний інтерес проявляється у високих показниках атестації знань, у дисциплінованості, вихованості та ініціативності [44].

Однак, професійний інтерес не повинен стати абсолютною домінантою у світогляді. Він тільки доповнює комплекс інтегративних характеристик особистості, серед яких Є. Климов [108] та Р. Немов виокремлює інтелектуальну зрілість [191]; І. Кон [134], А. Кошелева [139], В. Левкович [154] – соціально-моральний розвиток; Г. Андрєєва, Н. Крамська – наявність соціо- та етнокультурної ідентифікації [10; 141]. Властиво, що рівень їх сформованості прямо пропорційний рівню персональної світоглядної культури.

Зважаючи на непросту політико-економічну та військову ситуацію в Україні, актуальними стають дослідження зарубіжних психологів [30; 319; 329] у сфері проблематики світоглядного розвитку особистості в кризові епохи. В

умовах нестабільності на перший план виступають проблеми специфіки формування адекватного образу світу та оточення, що проявляють зміст світоглядних думок та вражень індивіда про навколишню реальність та «образ – Я» як домінантне уявлення про самого себе.

Контрольним показником формування адекватних світоглядних уявлень індивіда про самого себе і його адекватного самовідношення служить спроможність людини задовільняти свої духовні потреби, реалізовувати соціально орієнтовані задуми та стремління в конкретних діях та вчинках, його здатність до самореалізації, саморегуляції та творчого самовираження в професійній та суспільній діяльності, через що і проявляється особисте «Я» в житті особистості [24; 319; 329].

Звертаючись до теми «образу - Я», Г. Андреева доводить, що означена категорія являє собою світоглядні уявлення індивіда про самого себе, які у своєму розвитку передбачають здобуття соціальної, етнічної, професійної самоідентифікації. Основними умовами адекватного самоототожнення є створення емоційно-позитивних (не виключаючи морально-етичних) уявлень про групу (соціальну, етнічну, професійну, політичну, релігійну та ін.), до якої зараховує себе індивід, активно-пізнавальне відношення до обраної групи, як до «своєї ніші у суспільстві». Важливо при цьому зберігати толерантність, терпимість та комунікативну відкритість по відношенню до інших груп, народів та культур [10].

Проблему формування світоглядної культури у кризову епоху досліджує Р. Васильченко [48]. Він доводить необхідність «визначення освітніх пріоритетів формування світоглядної культури у суспільстві ризику, які передбачають застосування множинно-композиційного проекту розвитку освіти, що синтезує та упорядковує у нелінійній багатоаспектній класифікації найбільш соціально значущі напрями її розвитку з урахуванням бажаного майбутнього образу суспільства, який включає і бажаний образ освіти у ньому, і бажаний образ людини» [48, с. 212]. Істотне значення має той факт, що потреби особистості в обох випадках представлені безпосередньо так само, як і опосередковано.

Так, у концепції освіти XXI століття під егідою ЮНЕСКО прописані 4 основні стратегічні завдання освіти на увесь період життєдіяльності особистості: навчитися пізнавати, працювати, жити разом, бути. У цілому вони утворюють домінуючий принцип сучасної освіти: «вчитися, щоб бути». Важливо підкреслити перманентність такої освіти упродовж цілого життя індивіда, що має на меті розкрити його креативність та потенціал. Технологічний та інформаційний прорив, який мав місце на початку століття, призвів до активізації зростання обсягу знань. Це дало поштовх для розвитку та поповнення теоретичної бази профосвіти, впровадження високих технологій, а це, своєю чергою, вимагає постійного підвищення рівня кваліфікації фахівців.

За таких умов вузька профільна спеціалізація має бути замінена ідеєю всебічно розвиненого і компетентного фахівця, який володіє творчим потенціалом і здатний до самоосвіти. Монодисциплінарність у підходах до навчання замінюється на міждисциплінарність у засвоєнні наукової інформації та формуванні бази знань особистості. Гуманізація та гуманітаризація освітнього процесу не передбачають пріоритетності точних наук. Більше того, із загостренням глобальних світових проблем, конфліктів, активізації міграції та взаємного проникнення між етнічними культурами виникла потреба в новій етиці, що ґрунтується на засадах взаєморозуміння, солідарності, справедливості, відповідальності.

Невипадково Р. Васильченко приходить до висновку, що «проблема формування нового світорозуміння у світоглядній культурі суспільства ризику концентрується навколо спрямування освітніх зусиль на вирішення проблеми, узгодження глобального, космополітичного, мультикультурного та локального, національного, патріотичного у світогляді сучасної людини, на засадах пріоритетності цінностей демократії, гуманізму, визнання та толерантності, громадської активності і відповідальності, креативності.» [48, с. 216 - 217].

Отже, базовими пріоритетами для формування культури світогляду в нестабільному сучасному суспільстві варто вважати:

– інтегративний освітній процес, зростання значущості соціальних знань, спрямованих на розвиток та виживання в кризових умовах. Вони містять

теоретичну основу, соціальну практику, зростаючу проектно-творчу складову освіти;

- вироблення у молоді навичок інтелектуальної фільтрації інформації, щоб засвоювати лише беззаперечні цінності та критеріїв, які не потребують доказів. Тоді в багатовекторному потоці інформації вони обиратимуть лише конструктивні та продуктивні посили світогляду;
- розвиток ерудованості особистості, когнітивної реакції та вміння критично мислити.

Важливими для світогляду фахівця мають бути: упевненість в суспільному значенні його професійної діяльності та уміння окреслювати перспективи професійного самовдосконалення. Успішній розвиток цих якостей забезпечують: нові теоретичні знання, формування навичок аналітики та прогнозування, фахові тренінги тощо.

Формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер має цілу низку особливостей, які безпосередньо пов'язані зі специфікою професії, новим баченням сенсу та завдань сестринської справи з врахуванням європейської та світової практики. Реформи медичної освіти в Україні, що спрямовані на підвищення рівня підготовки медичної сестри до ступеня світових освітніх стандартів, зумовлюють переосмислення значення, ролі та функцій медичних сестер в сучасній професійній ієрархії. Так, у радянські часи система охорони здоров'я програмувала медсестру винятково на догляд за пацієнтами лікарень. Нині концепція сестринської діяльності Ф. Найтінгел актуалізує підхід догляду за здоровими людьми. Тобто медична сестра підтримує людину у відносно здоровому стані, сприяючи звільненню її від наслідків хвороби, яка перешкоджає повноцінній життєдіяльності й нівелює її індивідуальні можливості.

Сучасна медична сестра у фаховому плані – це самостійний суб'єкт професійного процесу, тому для свідомого функціонування вона повинна:

- уміти збирати інформацію про пацієнта, складати список завдань у межах власної компетенції;

- уміти діагностувати на сестринському рівні, планувати відповідно свою подальшу діяльність та оцінювати рівень її ефективності;
- осмислено і свідомо діяти згідно з лікарським діагнозом та призначеннями;
- повністю усвідомлювати, яку відповідальність вона несе за власні дії;
- усвідомлювати та визнавати наявність власних помилок, оперативно виправляти їх та відповідати за свої вчинки.

Сестринська справа ставить за мету навчити пацієнтів елементарних навичок для відновлення та подальшого збереження власного здоров'я крізь призму залучення їх безпосередньо до реабілітаційних процесів. Відповідно медсестра має не лише усвідомлювати сама, але й уміти переконувати пацієнтів у необхідності призначених обстежень, маніпуляцій, методів процесу лікування; виявляти чуйність, терпіння, стриманість, ввічливість, скромність, охайність у своїй професійній діяльності. Вище означені вимоги нездійсненні без участі сформованих духовних цінностей. Чим вищою є духовно-ціннісна планка медичної сестри, тим вищим є рівень організації сестринського процесу, якість догляду за пацієнтом та ефективність лікування. Крім того, в майбутньої медичної сестри слід розвивати самостійність, відповідальність, вимогливість до власного іміджу, культуру поведінки та спілкування, навички життя та праці у колективі. Психологічний аспект сестринської справи у ставленні до пацієнта включає турботу, чуйність, уважність, вміння слухати, терпимість, толерантність, співчуття, ввічливість тощо.

Однак, головною психологічною якістю медичної сестри вважають емпатію – здатність за допомогою уяви та інтуїції входити в становище пацієнта, емоційну чуйність, співпереживання, співчуття. Думки дослідників щодо генези емпатії розходяться. Так, О. Боровець стверджує, що ця здатність розвивається у процесі набуття життєвого досвіду, а рівень її прояву є «критерієм визначення типу спрямованості особистості» [38, с. 92]. Натомість О. Юдіна вважає, що рівень емпатійності підвищується шляхом ціленаправленої виховної роботи, орієнтованої на розвиток емоційно-чуттєвої сфери [316]. На наш погляд, виховання якостей, необхідних для генерації емпатійних здатностей майбутньої медичної сестри має стати невід'ємною

частиною навчального процесу, а подальший її розвиток повинен тривати упродовж всієї практичної діяльності. У педагогічному процесі формування емпатійних здатностей має реалізовуватись за двома головними напрямками: як виховання якості особистості (емоційна чуйність), з одного боку, і як спроможність особистості до емпатійної «синергії» (співчуття) – з другого, що є основою розвитку всіх елементів емпатії, передусім рефлексивно-особистісних.

Однією із духовних цінностей, що входять у структуру категорії «світоглядна культура медичної сестри» повинна стати розрада пацієнта, яку іноді помилково ототожнюють з емпатією, що є лише ґрунтом для формування означеної духовної цінності.

Не менш важливим в психологічному сегменті світогляду майбутнього медичного працівника О. Юдіна визначає сенситивність, підкреслюючи значення цієї якості особистості в міжособистісній комунікації, моделюванні проблемних ситуацій, пошуку виходу з них, організації ефективних взаємодій [316]. Важливою для студентів-медиків є запропонована дослідницею програма тренінгу сенситивності, завданнями якого є:

- розвиток у студентів емоційності, сенситивності, здатності до рефлексії;
- сприяння актуалізації готовності до емпатійної дії та усвідомлення цієї актуалізації;
- закріплення альтруїстичної спрямованості, яка лежить в основі співчуття;
- формування у студентів дієвої позиції у стосунках із пацієнтами;
- формування загальної позитивної орієнтації, відкритості, довіри у взаємовідносинах з хворими;
- розвиток уміння керувати власними емоціями в критичних ситуаціях;
- розвиток уміння запобігати виникненню у пацієнтів стресового стану» [316, с. 18].

Проте наявність сенситивності як такої не є ознакою світоглядної зрілості або професійної компетентності. Не менш важливим показником готовності медичної сестри до фахової діяльності є спрямованість особистості. Піднята

С. Рубінштейном, означена проблема стала об'єктом дослідження таких науковців, як: Б. Ананьєв [8], О. Боровець [38], В. М'ясищев [186]. Згідно з їхніми дослідженнями, спрямованість особистості – це поєднання усталених мотивів, які визначають вектор дій особистості і не залежать від ситуативного аспекту. Мотив (від лат. «movege» – рухати, штовхати) – це комплекс внутрішніх і зовнішніх факторів, які спонукають суб'єкта до певних вчинків. Спрямованість особистості та поведінкову активність зумовлює мотивація. Мотивація – це сукупність спонукальних факторів, які визначають активність особистості, це усі мотиви, потреби, стимули, ситуативні чинники, які визначають поведінку людини [38, с. 91]. У цілому мотивація являє собою конгломерат чинників, різновекторних, не завжди логічно обґрунтованих, нерідко – імпульсивних та цьогочасних, під впливом яких людина починає діяти або відмовляється від певних дій. Показником досконалості мотиваційної сфери світоглядної активності служить визначена та чітка градація мотивів за принципом їх соціальної цінності.

Домінуючі, перманентно активні мотиви визначають основну лінію поведінки людини і є найбільш актуальними. Ті, які жодним чином не впливають на прийняття відповідальних рішень, є менш значущими і розташовані нижче на шкалі пріоритетності. Це – потенційні мотиви. Вони не спонукають до ніяких дій, проте, за деяких обставин можуть і актуалізовуватися. Прикметно, що М. Неймарк [190] розрізняє три групи мотивів, сформованих за принципом відношення людини до себе, до суспільства, до діяльності, яку вона здійснює.

Мотиви суспільні – альтруїстичні, колективні, гуманістичні, пов'язані з турботою про інших людей, почуттям обов'язку перед суспільством; за умови домінування у людини таких мотивів, особистість характеризується суспільною спрямованістю, яка проявляється у прагненні діяти в інтересах суспільства, свого колективу. Мотиви особисті – егоїстичні, пов'язані з власним інтересом чи благополуччям, особистою першістю, престижем, владою; за умови домінування таких мотивів особистість характеризується прагненням до власного визнання, престижу та вигоди. Мотиви ділові –

походять від інтересів до навколишнього світу, до об'єкту та процесу пізнання і діяльності, що мотивовані інтересом до них [190]. Спрямованість особистості визначається змістом домінуючих актуальних мотивів, що втілені в інтересах, нахилах, смаках, переконаннях, позиціях, ідеалах, які складають зміст світогляду особистості.

За переконанням Т. Дем'янюк, «головна методологічна позиція педагога полягає в тому, щоб перетворити зовнішні соціально цінні спонукання особистості учня або студента у внутрішні мотиви її поведінки» [75, с. 138]. Тобто такі загальнолюдські цінності, як людяність, доброта, милосердя, чуйність, порядність, справедливість, чесність, патріотизм, творча активність, креативність у виховному та навчальному процесі повинні перетворитися в ключові якості особистості майбутнього спеціаліста. Іншими словами, завдання педагога в актуалізації соціально позитивних мотивів у студентської молоді полягає у генерації гуманістичних переконань.

За переконанням О. Андрійчука, на практиці рішення цього завдання в медичному коледжі передбачає «забезпечення відповідності змісту і форм виховання гуманності в студентів медичного коледжу у процесі фахової підготовки, що враховує соціальне замовлення на кваліфікованого медичного працівника як носія добра, милосердя, співчуття, терпимості, та систематичності створення педагогічних умов для розкриття та стимулювання розвитку гуманістичного мислення майбутніх медиків як детермінанти формування національної свідомості» [11, с. 3].

Досліджуючи особливості психології стосунків медичної сестри з пацієнтом, В. Павлюк вбачає у діях медичної сестри по догляду за хворим не абстрактний комплекс механічних функцій, а передусім турботу, прояв уваги та милосердя. Вчений вважає, що для адекватного сприйняття хворим медичної сестри, вона повинна здійснювати догляд свідомо, добре знаючи та контролюючи себе. Вагомим чинником тут є довіра, віра в одужання. Віра хворого у медсестру та лікаря породжує відчуття безпеки, впевненості у тому, що він має все необхідне для одужання [200].

Не менш важливим фактором психологічного комфорту В. Павлюк вважає прояв поваги до пацієнта. Хворий повинен бачити, що медсестра розуміє його стан та реакцію на хворобу, аналізує чинники та умови, які спонукають до правильної поведінки під час лікування [201]. Оскільки хворий, потрапивши до лікарні, відчуває себе чужим у новій обстановці, В. Павлюк пропонує передусім налагодити з ним контакт, успішність якого залежить від уміння медичної сестри вислухати пацієнта. Завдання педагога полягає у тому, щоб навчити майбутнього медпрацівника слухати з інтересом, уважно, адекватно реагувати на почуте, брати до уваги те, що деяким хворим стає легше, коли вони озвучать свою проблему, «проговорять її». Для налагодження професійно-коректних відносин з пацієнтом велике значення відіграють особистісні якості медичної сестри, які формуються «шляхом самопізнання і самовиховання» [201, с. 76].

Важливо взяти до уваги, що британські вчені в складі експертної комісії NHS Commissioning Board у співпраці з Джейті Каммінгс – керівником медсестринства Департаменту Здоров'я, виділили шість основних цінностей, які є необхідними для здійснення сестринської справи: піклування, співчуття, мужність, комунікація, компетентність, зобов'язання [65]. Як безумовні моральні цінності, вище перелічені чесноти водночас постають компонентами трьох сфер світоглядної культури медсестри:

- мотиваційно-ціннісної (піклування, зобов'язання, співчуття та мужність);
- інформаційно-когнітивної (компетентність);
- діяльній (комунікація – вербальна та невербальна).

Як зазначає дослідник І. Ісаєв: «професійна діяльність вимагає від медичної сестри високого ступеня активності, здатності регулювати свою поведінку відповідно до спеціально поставлених завдань. Саморегуляція як вольовий прояв особистості розкриває природу й механізм таких професійних рис особистості, як ініціативність, самостійність, відповідальність та ін.» [100, с. 146]. Сестринська справа являє собою низку нестандартних, несподіваних і непередбачуваних ситуацій, вирішення яких потребує діяти на

випередження. Здатність до швидкого аналізу, оцінки кожної з таких ситуацій, корекції та регуляції своїх дій, особливо при невідкладних станах, досягається підвищенням рівня інноваційного мислення, компетентності.

Таким чином, основними особливостями формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер ми вважаємо:

- в інформаційно-когнітивній сфері – накопичення гуманістичних знань, підвищення рівня компетентності;
- у мотиваційно-ціннісній сфері – розвиток емпатії і сенситивності, орієнтованість на формування духовної цінності розради;
- у діяльнісній сфері – підвищення професійної кваліфікації, орієнтація професійних функцій на основні світоглядні цінності, аналіз робочих ситуацій, самооцінка та самоконтроль.

1.3. Деонтологічний підхід та його роль у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер

В умовах сучасних трансформаційних зрушень, деструкції традиційних ціннісних орієнтирів, ідеалів та сенсів вагомого значення набуває проблема моральнісного буття людини в світі. Особливо вона оприявнює себе в періоди соціокультурної нестабільності та кризових ситуацій, зумовлюючи посилений інтерес до питань духовно-моральнісного функціонування людської суб'єктивності. Сучасні політичні реалії в країні та світі в цілому актуалізують проблему внутрішнього протистояння між почуттям патріотизму і професійним обов'язком. Усе це передбачає значну роль деонтологічного підходу, спрямованого на формування світоглядної культури медичного працівника, для якого неприпустимим є поділ на «своїх» та «чужих», що впливає з вимог Женевської декларації («...я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика, чи соціальне положення впливали на виконання мого обов'язку...» [84, с. 1]). Обов'язкове та належне, центруючи світоглядну культуру особистості, стає виявом її професійної зрілості. Слід зауважити, що деонтологія у медичній сфері постає як вчення про принципи поведінки

медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого, їх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу [52, с. 232], а деонтологічна культура – як компонент світоглядної культури особистості, що засвідчує необхідність включення деонтологічних знань і навичок у структуру світогляду особистості майбутнього медичного працівника.

Вона передбачає наявність у фахівця медичного профілю такої системи знань, яка відображає змістовну сутність інтелектуальних, світоглядних і моральних цінностей, а також наділена здатністю прогнозувати й конструювати процес професійної діяльності з урахуванням її специфіки та простору взаємодії з колегами і пацієнтами. Прикметно, що професійна діяльність медичної сестри зумовлена змістом норм професійної медичної етики, моральними імперативами і професійно-етичними ідеалами і цінностями. Морально-етичний простір медицини істотно впливає як на особистість пацієнта, так і на особистість медичного працівника. У зв'язку з цим варто підкреслити, що без належного морально-етичного виховання, професійної деонтологічної підготовки медичний працівник не може відбутися як повноцінний, кваліфікований фахівець. Деонтологічну підготовку медичної сестри вважаємо основним регулятором якості її професійної діяльності, головною умовою застосування власне професійних знань, умінь і навичок в конкретних професійних ситуаціях.

Щоб окреслити корелятивний зв'язок між деонтологією та світоглядом, доцільно розглянути увесь спектр дефініцій поняття «деонтологія», яке уперше було використане Дж. Бентамом (1748 – 1832 рр.) для означення теорії моральності в цілому [76, с. 6]. Найпростіше та найбільш поширене визначення терміна «деонтологія» зводиться до простого перекладу складових грецьких слів: «δεοντος» (deon) – обов'язок, належне; та «λογος» (logos) – слово, вчення – тобто вчення про належне, обов'язок [106, с. 10]. Великий тлумачний словник сучасної української мови подає два варіанти інтерпретації терміна «деонтологія»:

1) професійна етика медичних працівників, принципи поведінки медичного персоналу відносно пацієнтів, спрямований на максимальне підвищення користі лікування;

2) розділ етики, що вивчає проблеми обов'язку, сфери обов'язкового, всі форми моральних вимог і співвідношення їх [50]. Згідно з оксфордським тлумачним словником, «деонтологія (етика) – наука, що займається вивченням етики та коректної поведінки людей» [331]. Водночас словник іноземних слів А. Міхельсона 1865 р. трактує деонтологію як «мораль, науку моральності» [183], а філософський енциклопедичний словник (1983 р.) – «розділ етики, у якому розглядають проблеми обов'язку та належного» [278, с. 193]. Філософський словник Фролова І. (1991 р.) визначає це поняття як «розділ етичної теорії, у якій розглядаються проблеми обов'язку, моральних вимог та нормативів і, взагалі, належного як специфічної для моральності форми виявлення соціальної необхідності» [279, с. 112]. Якщо звернутися до словника з етики, то деонтологія тут постає її розділом, «у якому розглядають проблеми обов'язку і взагалі належного (всього того, що виражає вимоги моральності у формі розпоряджень)» [246, с. 69].

Початок розвитку деонтологічного підходу вбачаємо в етико-соціологічній концепції І. Бентама, який поставив питання про співвідношення моралі і права. На його думку, мистецтво законодавства і етичні норми поведінки є двома сторонами одного і того ж явища. Деонтологія у такому контексті постає як сфера знань, де мораль розглядається у взаємозв'язку не з певними якостями особистості, а із законотворчістю, законодавством, що регламентує належну поведінку представників певної професії. На початку XX століття у деонтології відстежуємо посилення етичного начала, на основі чого формується теоретична і практична деонтологія. Теоретична деонтологія постає знанням про належну поведінку людини як представника відповідної професії. Практична деонтологія зосереджена на експлікації конкретних норм, що регулюють поведінку людини у процесі здійснення нею своїх професійних обов'язків і життєдіяльності в цілому.

Іншими словами, деонтологія – це практичне втілення морально-етичних принципів у діяльність лікаря, медичної сестри й молодшого медичного персоналу. Вона спрямована на створення максимально сприятливих умов для ефективного лікування хворого, тому що слово й поведінка медпрацівника, його манери, жести, міміка, настроїв відіграють важливу роль (позитивну чи негативну) у житті хворого та перебігу його захворювання.

Означені дефініції дозволяють сформулювати значення терміна «деонтологія», що у нашому дослідженні постає як наука, об'єктом якої є обов'язок, категорії «належного», «повинного», «імперативного», моральні норми та їх застосування на практиці. Відповідно деонтологічною вважаємо етику, яка називає певні дії добрими, а інші – поганими незалежно від наслідків, а з огляду на їхню відповідність чи невідповідність принципам, переконанням, обов'язку [281, с. 149]. Трактуючи деонтологію як етику обов'язку, відмінну від етики добра або аксіології, сучасна філософія виокремлює у моралі наявність двох формально і функціонально різних способів декларування моральної позиції:

- 1) у вигляді імперативів, що виражають повинність або заборону;
- 2) у вигляді оцінок, що виражають схвалення або засудження.

Так, представники сучасного деонтологічного інтуїтивізму (У. Росс, Ч. Брід та ін.) опираються на теорію І. Канта, який вважає поняття добра похідним від поняття обов'язку: «добром» ми називаємо те, чого вимагає обов'язок, спроба визначити добро, крім обов'язку, дасть нам лише емпіричне уявлення про предмет задоволення, але не поняття про моральне добро саме по собі. Означеній концепції протистоїть аксіологічний інтуїтивізм [67].

Зауважимо, що властивий будь-якій науці процес диференціації, зумовлений уточненням її предметної сфери, відбувається в межах кожної наукової галузі: медицини, педагогіки, психології, соціології тощо. Крім загальних норм і правил, у кожній спеціальності існують і більш вузькі, певною мірою специфічні, деонтологічні аспекти, що зумовлені виникненням у процесі роботи будь-якого спеціаліста ситуацій, які мають вирішуватися індивідуально.

Що ж до терміна «медична деонтологія», то він пов'язаний з ім'ям хірурга-онколога М. Петрова, котрий у 1946 році написав книгу про медичну етику, замінивши «старорежимне» з точки зору радянських партійних функціонерів слово «етика» неологізмом «деонтологія» [207]. Уже в кінці 50-х та на початку 60-х років в Радянському Союзі виникає науковий напрямок – «лікарська деонтологія». Сучасна медична деонтологія проходить новий етап розвитку у зв'язку з революційними відкриттями в галузі медицини та біології, успіхами в трансплантології, пластичній хірургії, генній інженерії, а також актуалізацією проблем, пов'язаних з трансгендерними операціями, евтаназією та ін.

Варто зауважити, що до проблем професійної етики медичних сестер вперше звернулися такі вчені, як хірург М. Пирогов і засновник школи сестер милосердя, автор сестринської клятви Ф. Найтінгейл [325]. Окреслена тематика стає об'єктом дослідження І. Бежа, Ю. Віленського, Н. Касевич, Н. Кондрашової, В. Москаленка, Н. Пасечка, М. Попова, В. Семиченка, І. Сенюти, Л. Хоружої. Відповідні аспекти гуманізації процесу підготовки медичного персоналу набувають експлікації в наукових розвідках А. Алексєєнко, Р. Глаголь, В. Звягіна, Н. Зінченко, В. Кравченко, М. Кривоносова, Л. Кустарьова, М. Микалин, Є. Ніколишина, Т. Петрушанко, А. Циганенко, Р. Сабадишина та ін. Водночас питання медичної деонтології всебічно висвітлювали Є. Вагнер, М. Васильєва, В. Вербицький, О. Грандо, О. Громов, Ю. Кундієв, Л. Переймибіда, В. Петровський, Л. Пиріг, Є. Чазов, І. Шамоу, Г. Царедворцев. У їхніх працях досліджено генезу поняття медсестринства, яке постає одним з видів професійної діяльності, що трактується як мистецтво догляду за хворими і вимагає спеціальної фахової підготовки, яка передбачає формування деонтологічної компетентності з урахуванням історичного досвіду розвитку медсестринської справи, етики сестринської справи [140, с. 146] і деонтологічного світогляду медичних сестер.

Аналіз наукових досліджень в галузі педагогіки, психології, соціології дає підставу стверджувати, що формування професійної етики майбутніх медичних працівників не може обмежуватись тільки вивченням деонтології як

наукової дисципліни. Засвоєння теоретичного матеріалу повинно відбуватися паралельно з формуванням особистісних якостей на основі сприйняття та емоційного схвалення духовно-моральних цінностей, які покладені в основу загальнолюдських моральних норм. Так само майбутньому медичному працівникові необхідно засвоювати правила внутрішньої і зовнішньої культури поведінки. Внутрішня культура полягає в сумлінному ставленні до функціональних обов'язків, дотриманні трудової дисципліни, бережному ставленні до приватної та суспільної власності, корпоративної солідарності та дружелюбності. Водночас зовнішня культура акцентує увагу на манерах, культурі мовлення, зовнішньому вигляді, стриманості, чистоті, ввічливості, тощо. У медичній сфері важливо, щоб пацієнт бачив в медичній сестрі вищі моральні якості: милосердя, співчуття, чесність, благородність, здатність до самопожертви, оскільки для багатьох поколінь білий сестринський халат – сертифікат порядності та зразковості. Як ми відстежили, формування світоглядної культури медичної сестри передбачає поєднання професійної бездоганності з високими моральними якостями громадянина, патріота, всебічно розвиненої, ерудованої, соціально активної особистості, що прагне до самовдосконалення і самореалізації, виховання добросовісності, відповідальності і високої духовності [12].

Невипадково підвищення рівня компетентності медичного персоналу стало головною проблемою реформування медичної галузі. Як підкреслюють А. Хуторський та В. Краєвський, «поняття компетентності включає не тільки когнітивну і операційно-технологічну складові, але і мотиваційну, етичну, соціальну та поведінкову» [142, с. 3-10]. Тобто, окрім знання і уміння, поняття компетентності містить і загальну культуру особистості, світогляд, систему цінностей, що формується під впливом соціального середовища – сім'ї, друзів, робочого колективу. Таким чином, компетентність мислиться у тісному взаємозв'язку з проблемою світоглядної культури особистості.

Властиво, що саме професійна компетентність медичної сестри являє собою комплекс професійних знань, умінь і навичок, особистісно-професійних якостей, які впливають на здатність виконувати функціональні обов'язки на

основі кваліфікаційних вимог і морально-етичних норм. Водночас світоглядна культура постає істотним компонентом загальної культури особистості та елементом духовності, що значною мірою визначає її ціннісні орієнтири, які окреслюють шляхи змістовного наповнення життєдіяльності суб'єкта та спосіб його існування. Як було доведено, поняття «світоглядна культура», охоплюючи весь спектр визначень «світогляд» та «культура», є принципово новим утворенням, яке не тільки виражає споглядальне сприйняття світу, але й зумовлює його дійове засвоєння, перетворювальне й творче ставлення до світу, реалізацію цього ставлення на всіх рівнях соціального самовираження. З позицій гуманістичного виховання пріоритетними у формуванні світоглядної культури виступають такі індивідуально-особистісні якості, як: естетичні погляди і вподобання людини, система морально-етичних принципів, норм і переконань, психологічні настанови та орієнтації відносно життєвих цінностей, цілей і засобів їх досягнення, методи поведінки та дій.

Зважаючи на те, що характерною особливістю деонтології постає орієнтація на належне, для осмислення особливостей формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер в умовах освітнього процесу в коледжах, необхідною є апеляція до його морально-етичної домінанти. Її експлікація неодмінно відсилає нас до вчення давньогрецького лікаря Гіппократа (460 – 370 рр. до н. е.), «Клятва» якого стала фундаментом європейської медичної етики. У ній сформульовані основні морально-етичні принципи лікарської діяльності (недоторканість людського життя з моменту зачаття, заборона причиняти шкоду пацієнту, дотримання постулатів моральності в стосунках з хворими, зберігання лікарської таємниці, повага до наставників професії). Ім'я Гіппократа стоїть також біля витоків науки догляду за хворими як основи сучасної сестринської справи, у контексті якої необхідні морально-етичні якості, як-от: доброта, милосердя, співчуття – повинні стати невід'ємною частиною світогляду, духовним змістом, життєвою цінністю, потребою, яку людина реалізує усіма своїми вчинками і поведінкою. Водночас несумісними з медичною професією вважаються цинізм, халатність, відсутність самоконтролю та самокритики, самовпевненість та гордість [68], що свідчить

про те, що у проблемній площині затребуваності молодшого медперсоналу на міжнародному ринку праці гостро постає питання не тільки функціонально-прагматичної, а й якісної морально-етичної підготовки.

Актуалізація морально-етичного аспекту лікарської практики в кінці 40-х років XX століття, викликана розвінчуванням антигуманної діяльності нацистських лікарів у період Другої світової війни, привернула увагу до медичної деонтології в усьому світі. Питання медичної етики неодноразово обговорювали на засіданнях і конференціях ВООЗ, інших авторитетних міжнародних організаціях.

Нині медична деонтологія – межова дисципліна, що розвивається на грані етики і медицини, а також галузь медичної етики, що розглядає вчення про моральний обов’язок, етичні обов’язки і етичні норми поведінки медичного персоналу, що забезпечують оптимальну якість і результативність його роботи з відновлення і збереження здоров’я людей.

Ключовим поняттям медичної деонтології є професійний обов’язок лікаря чи медичної сестри перед суспільством і пацієнтами. Медична деонтологія, яка містить нормативні принципи поведінки лікаря, захищає право медиків на професійну гідність і честь. У структурі медичної етики деонтологія як найперша і найбільш традиційна галузь професійної етики займає особливе місце. У зв’язку з тим, що вона безпосередньо впливає на регуляцію людських стосунків і втілюється в деонтологічних кодексах, її прикладний характер не підлягає сумніву. У вузькому сенсі медична деонтологія являє собою сукупність конкретних норм і принципів медичної моралі в межах певної спеціальності. З огляду на те, що медичні спеціальності істотно відрізняються, деонтологічні вимоги, які регулюють практичну діяльність медичних сестер, мають специфічний характер. Це дає підставу говорити про медичну деонтологію медсестри терапевтичного відділення, хірургічного, реанімаційного відділення, онкологічного відділення, реанімаційного відділення, медсестер, що працюють в дитячих лікарнях, перинатальних центрах, психіатричних диспансерах, хоспісах та інших. Та

попри ці розбіжності, основними сферами регуляції загальної і спеціальної деонтології є:

- взаємовідносини між медичною сестрою і пацієнтом, зокрема у присутності інших хворих та інших колег;
- взаємовідносини між медичною сестрою і пацієнтами-дітьми;
- взаємовідносини між медичною сестрою і близькими пацієнта, зокрема у присутності самого пацієнта та у присутності сторонніх;
- взаємовідносини між медичною сестрою і колегами, зокрема у присутності пацієнта, його близьких і сторонніх;
- взаємовідносини між медичною сестрою і молодшим медперсоналом, зокрема у присутності хворих;
- ставлення медичної сестри до лікарської таємниці;
- проблема юридичної відповідальності;
- проблема матеріальної і моральної винагороди.

В їх основу покладено загальні етичні принципи, серед яких:

1. Гуманне ставлення до хворого;
2. Недопущення дій та участі в діях проти здоров'я хворого;
3. Надання допомоги усім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної чи релігійної приналежності;
4. Солідарність у повазі гідності людей, їх боротьбі за мир;
5. Збереження медичної таємниці;
6. Утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії медичної сестри.

Для розуміння етичних принципів важливо підкреслити, що поняття «етика» неподільно зв'язана з поняттям «мораль» (від латинського *mores* – звичай), що позначає «сукупність історично зумовлених правил, норм, принципів співжиття та поведінки людей, їхні відносини в процесі праці та виробництва моральних та духовних цінностей, що визначають обов'язки один відносно одного, до соціальних груп, верств, до суспільства і виконання яких ґрунтується на громадській думці» [106, с. 16]. На відміну від етики, мораль не

має класового, професіонального чи субкультурного відтінку. Ця категорія, подібно до поняття совість, наділена загальнолюдським змістом.

Тому зрозуміло, що вона формується і розвивається в структурі загальнолюдської моралі, залишаючись її невід'ємним компонентом, що конкретизує загальнолюдські моральні норми та критерії та проектує їх на продуктивні відносини. При цьому моральна відповідальність не регламентується правовими актами, а виникає з характерних рис особистості і базується на духовних і світоглядних цінностях індивіда.

Проте професійна етика вимагає виконання моральних норм і правил, що зафіксовані в моральних кодексах, мотивуючи їх необхідність та інтерпретуючи їх з точки зору специфіки професії, її практичного та гуманістичного призначення.

Моральні кодекси містять у собі перелік моральних вимог, що є продуктом громадської свідомості. Вимоги поділяються на такі категорії:

- 1) загальнолюдські – чесність, порядність;
- 2) вимоги до фахівця – професіоналізм;
- 3) вимоги, що виникають у зв'язку зі специфікою професійної діяльності – збереження лікарської таємниці.

Основним морально-нормативним документом, що регламентує діяльність медичної сестри, є «Етичний кодекс медичної сестри України» [82], у якому для кожної медичної спеціальності окремих етичних категорій не визначено. Натомість маємо цілісну структуру – етичні принципи медицини. Відповідно до них, етичні особливості поведінки лікаря, фельдшера (парамедика), медичної сестри, лаборанта чи молодшої сестри медичної зумовлені специфікою функціональних обов'язків; властиво представники кожної медичної професії керуються єдиними моральними та етичними нормами та принципами.

Відтак, медична етика – це окремий, унікальний у своєму соціально-гуманістичному значенні вид професійної етики, що містить у собі «сукупність норм поведінки та моралі, визначає почуття професійного обов'язку, честі,

совісті та гідності медичних працівників» [104, с. 18], відображає ступінь відповідальності медичного працівника за життя та здоров'я пацієнта.

На наш погляд, медична етика слугує фундаментом, основою деонтології, яка у своєму розвитку є більш ємнісним поняттям. Деонтологію деякою мірою можна вважати самостійною наукою або галуззю знань. Вона тісніше, ніж медична етика, пов'язана з компетентністю, кваліфікацією та іншими винятково професійними та діловими якостями.

Контент медсестринської деонтології визначається специфікою професійної діяльності, сутністю сестринської справи. Зауважимо, що вітчизняне та зарубіжне медсестринство розвивалося у різних напрямках, це зумовлено історичними умовами, релігійними та ментальними особливостями східного слов'янства [152, с. 18]. Під час хрестових походів набув розвитку напрям військової медсестринської справи. Повністю присвячували себе справі опіки за хворими людьми лицарські ордени (наприклад, «Орден госпітальєрів»). Саме у таких закладах бере початок медсестринська освіта (Орден Святого Бенедикта, Госпітальне братство Святого Антонія), де навчання спрямовувалося на підготовку до опікування хворими.

Окремою сторінкою у розвитку медицини Київської Русі можна вважати діяльність православних монастирів. Саме іноки Києво-Печерського монастиря насаджували тут високу культуру догляду за хворими, базовану на милосерді та співстражданні «заради самих хворих». І навіть сам засновник обителі «великий Антоній – предивний лікар» особисто лікував численних хворих, не цураючись нікого. Найбільше з-поміж іноків монастиря прославився Агапіт, медична діяльність якого знайшла відображення у гравюрах XVII—XVIII століть. А життєпис уславленого монаха повідомляє нам про факт замаху на його життя з боку заздрісників, котрі намагалися отруїти Агапіта. Проте отрута не подіяла, інок ще довго трудився на благо київського народу, а після своєї смерті відгукувався на молитовні прохання тих, хто повірив.

Водночас Європа XI-XV декларує два варіанти офіційної медичної допомоги, а саме: допомоги вдома, на яку могли претендувати ті хворі, які

могли платити доглядальницям, а також допомоги, яку надавали у лікарнях та монастирях черниці та служниці, що не складали обітниць [8, с. 18].

Порівняльний аналіз змісту підготовки майбутніх медичних сестер на різних історичних етапах розвитку дає змогу майбутнім спеціалістам сестринської справи не тільки поглибити власний професійний світогляд, а й виділити основні принципи етико-деонтологічної поведінки фахівців свого профілю, яких почали називати сестрами милосердя. Найпершим виданням з науковою оцінкою ролі сестер милосердя були «Записки про сестринську справу» (1859 р.), де Ф. Найтінгейл виокремила два поняття: догляд за хворими та догляд за здоровими. Саме Ф. Найтінгейл, відкривши в 1860 р. у Лондоні школу медичних сестер, поклала початок їхній систематичній підготовці [323; 308, с. 167]. Складену Ф. Найтінгейл клятву у святковій обстановці виголошували випускниці школи. Суть клятви виражається такими словами: «Всіма силами я буду намагатися допомогти лікарю в роботі та присвячу себе забезпеченню здоров'я тих, хто звернувся до мене за допомогою.» [282, с. 6].

Методика Ф. Найтінгейл стала взірцевою і передбачала наявність у медичних сестер спеціальних знань, умінь і навичок, технічної підготовки, відповідних рис характеру, зокрема таких, як: спостережливість, терпимість, невтомність, любов до порядку, пунктуальність та ін. Ф. Найтінгейл вважала сестринську справу важливою та відповідальною, що потребує душевного та фізичного загартування, а також уміння тверезо мислити в складних ситуаціях. Водночас під професійними цінностями розумілася повага до особистості хворого, його честі, гідності й волі; важливе значення надавалося проявам уваги, співчуття й турботи, а також збереженню конфіденційності та дотриманню професійних обов'язків, що характеризує основи деонтологічної компетентності сучасного фахівця медсестринської справи. Незважаючи на занадто прагматичний підхід до організації сестринської справи, Ф. Найтінгейл вважала його таким же мистецтвом, «як живопис та скульптуру» і відзначала, що «мистецтво догляду – найвище з мистецтв. Тому найстрашніша небезпека,

яка йому загрожує – це небезпека перетворитися у звичайне ремесло» [308, с. 168].

Запропоновану Ф. Найтінгейл концепцію сестринської справи позитивно сприйняли в США, де спочатку підготовка сестер милосердя відбувалася шляхом наставництва, а з 1873 року за англійською моделлю були створені перші медсестринські школи. На відміну від держав Заходу, де сестринська справа до початку XX ст. була піднята на державний рівень, у дореволюційній Україні основними і єдиними типами навчальних закладів з підготовки сестринського персоналу стали школи і курси сестер милосердя при товариствах Червоного Хреста та лікарнях. Значна заслуга у розвитку деонтологічної культури медичної сестри належить М. Пирогову, котрий на початку Кримської війни (1853 р.) заклав основи вітчизняної сестринської справи, організувавши перший в історії медицини загін сестер милосердя, а в 1985 році сформував і нормативну базу медсестринства – «Правила для сестер Хрестовоздвиженської общини», а також спеціальні інструкції для трьох категорій молодшого медичного персоналу – сестер-господарок, сестер-аптекарів і сестер, які перев'язують, – та правила взаємовідносин між собою та з лікарями. Зауважимо, що М. Пирогов виділяв дві основні функції медичної сестри:

- 1) догляд за хворими та пораненими;
- 2) розрада помираючих.

Опираючись на досвід європейської медицини, можна стверджувати, що у світогляді майбутньої медичної сестри повинні бути зафіксовані такі ціннісні настанови:

- пацієнт – людина, особистість, а не організм або система органів;
- допомога пацієнтові – це спосіб забезпечення прав і свобод особистості;
- фундаментальні принципи медичної деонтології – автономність індивіда, свобода волі і вибору, інформаційна згода;
- від медичної сестри вимагається особливий творчий, диференційований, гуманний підхід, орієнтований на пацієнта, як на особистість.

Так, на думку апологетів «пацієнтоцентричного» підходу М. Левіна, Д. Орем, І. Орландо, в основу ціннісної системи відносин «медична сестра-пацієнт» покладено два фундаментальних морально-етичних імперативи, а саме: «святість людського життя» та «позбавлення пацієнта від страждань». Саме тому підготовка медичних сестер для цієї моделі містить вивчення разом з природничонауковими й гуманітарних дисциплін, серед яких істотне місце займають психологія та педагогіка. Представники окресленого підходу вважають, що таке навчання в майбутньому забезпечить легкість роботи з пацієнтами, оскільки медична сестра передбачатиме вплив соціально-культурних, історичних, етнічних і релігійних чинників на формування їхніх ціннісних настанов. Значне місце у цьому випадку займають гуманістичні цінності з орієнтацією на визнання цілісності людської особистості та її емпатійне сприйняття. Втім, незважаючи на низку позитивних характеристик «пацієнтоцентричної» концепції, варто враховувати певні перестороги, які виникають у плані відносин «медична сестра – пацієнт»:

- по-перше, принцип безумовного прийняття соціальних цінностей пацієнта приховує загрозу непередбачуваних наслідків у випадку прийняття рішень, шкідливих для здоров'я і особистості пацієнта;
- по-друге, секуляризовані ліберальні принципи прав і свобод людини породжують гіперболізацію цінностей індивідуалізму.

Тому незалежно від уподобань у виборі концепції відносин «медична сестра – пацієнт», пріоритетними залишаються такі категорії медичної етики, як: відповідальність, совість, честь, гідність, такт, сенс життя, щастя людини.

Саме у контексті дисертаційної роботи ці категорії набувають статусу світоглядних цінностей, засвоєння яких гарантує деонтологічний підхід, який забезпечує формування світоглядної культури медичного працівника, сприяє ефективності виховної роботи навчальних закладів, виробничої практики, цілеспрямованої роботи викладацького складу, взаємодії з соціальними інститутами (сім'я, медичні заклади, неформальні об'єднання студентської молоді, культурні заклади) тощо [210; 218].

Зміни у методиці підготовки медичних сестер відбулися після ратифікації Конвенції Міжнародної Організації Праці «Про сестринський персонал» (1979 р.), після чого вперше запроваджено атестацію середніх медичних працівників із присвоєнням кваліфікаційних категорій. Відповідно до нових вимог у 1989 р., набув перегляду зміст спеціальності «Медична сестра», внаслідок чого вона отримала нове найменування – «Сестринська справа», що більш суттєво відтворює зміст фаху і відповідає міжнародній номенклатурі [224, с. 16].

Зокрема, у сучасних наукових дослідженнях з метою формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки визначено систему феноменів, що охоплюють базові етично-деонтологічні, соціально-регламентувальні, колегіально-регулювальні, особистісно-рефлексивні цінності. Таким чином, значущим у професійній підготовці сучасних спеціалістів сестринської справи є формування ціннісної сфери особистості, що базується на опануванні дисципліни «Медсестринська етика та деонтологія».

У цьому контексті варто зауважити, що особливість формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу передбачає біосоціальний вимір медичної діяльності, що базується на взаємообумовленості як біологічних, так і соціальних чинників, позаяк пов'язаний із збереженням життя та здоров'я. Адже, окрім професійних знань, вмінь та навиків, спрямованих на біологічну природу хвороби, важливе місце у проведенні лікувально-профілактичних дій належить соціальним факторам поведінки медичного персоналу відносно пацієнтів з метою максимального підвищення користі лікування. А тому виникає нагальна потреба включення деонтологічних знань і навичок в орієнтації на належне та обов'язок, (морально-етичних засад лікування, комунікативних взаємодій «медична сестра-пацієнт», гуманістичних ідеалів та цінностей тощо) у структуру світогляду особистості майбутнього медичного працівника.

Саме тому важливим аспектом професійної діяльності медичної сестри є вияв гуманізму. Значним внеском у дослідження проблеми виховання

гуманності студентів медичного коледжу, розвитку їх позитивних загальнолюдських якостей має дисертаційне дослідження О. Андрійчук, у якій автор вирішує проблему професійної підготовки студентів медичного коледжу шляхом якісного формування у них гуманістичного світогляду. Громадянське становлення особистості, яке здійснюється в процесі навчально-пізнавальної діяльності, спрямоване на самовиховання з урахуванням особливостей інтелектуального розвитку студентів. Дослідницею розкрито умови оптимізації процесу виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки (формування гуманістичних знань, свідоме виконання правил поведінки, гуманного ставлення до оточуючих тощо) [11, с. 361].

Медична сестра, постійно перебуваючи біля хворого, бере на себе основну функцію догляду за хворим [77, с. 324]. покращення його фізичного та морального стану. Тому слід враховувати наступне:

1. Для подальшого лікування важливе значення має перше враження хворого про відділення, в якому він перебуває, тому палатна медична сестра повинна привітно зустріти хворого, провести його у палату, ознайомити з розташуванням різних приміщень (санітарний вузол, їдальня, ванна), правилами внутрішнього розпорядку.

2. Стежити, щоб лікарняний одяг та взуття хворого були за його зростом, розміром, зі всіма гудзиками. Бо така дрібниця, як надто довга чи коротка сорочка, спадання штанів через відсутність гудзиків, замале взуття, можуть надовго зіпсувати хворому настрій і погіршити якість лікування.

3. Слід звертатися до хворих тільки на ім'я та по батькові.

4. Наявність взаємної поваги у стосунках медичної сестри та хворого дасть змогу хворому вільніше виявляти свої відчуття та побажання.

5. Слід пам'ятати, який вплив має слово медичного працівника. І не тільки зміст слова, але й інтонація, з якою воно сказане. Тому ні збуджений, ні байдужий, ні стурбований тон під час розмови з хворим неприпустимі. Мова медичної сестри однаковою мірою може чинити і цілющий вплив, і гнітючу дію [77, с. 324].

6. На запитання хворого щодо його діагнозу, перебігу та прогнозу хвороби медична сестра повинна направити хворого за відповіддю до лікаря. Але освічена медична сестра може відповісти хворому про дію ліків, спосіб їх застосування, мету тієї чи іншої маніпуляції. Перед виконанням деяких призначень (шлункове чи дуоденальне зондування, катетеризація сечового міхура, постановка клізми) необхідно пояснити хворому, як він повинен поводитися, щоб маніпуляція була успішною.

7. У присутності хворого не слід вимовляти фрази, що можуть налякати його («у хворого в калі кров» чи «серцева діяльність у хворого порушена»), або вживати слова, що вже стали відомими багатьом хворим (tumor, cancer тощо), так само не можна говорити хворому, що ліки, призначені йому, у відділенні відсутні.

8. У розмові з хворим медична сестра повинна вселяти йому віру в лікування та процедури, призначені лікарем.

9. Необхідно уникати всіляких зайвих розмов і дій під час проведення маніпуляцій, бо хворі розцінюють це як ознаку неуважного ставлення до них і часто навіть як причину негативних наслідків тієї чи іншої маніпуляції.

10. Слід пам'ятати, що метушлива, поспішна робота медичної сестри, неохайність її зовнішнього вигляду, робочого місця відштовхують хворого, змушують його сумніватися у правильності та ефективності маніпуляції.

11. Ставлячись до всіх хворих доброзичливо та лагідно, медична сестра повинна більше увагу приділяти ослабленим та важкохворим. Дуже важливим для такого хворого є те, щоб медична сестра приходила до нього частіше, розмовляла з ним, підбадьорювала, озивалася до нього при найменшому зверненні, виконувала деякі його прохання [77, с. 325].

Безумовно, деонтологія не може дати рецептів для різних ситуацій, що виникають у медичній практиці, адже кожен пацієнт – це особистість з певним ставленням до хвороби і медичного персоналу. Кваліфіковане, чітке, своєчасне і старанне виконання призначень і процедур зміцнюють віру хворого в успіх лікування. Істотне значення для створення сприятливої атмосфери в лікувальному закладі має зовнішній вигляд медичного персоналу. Акуратна, в

білосніжному халаті, з прибраним під шапочку волоссям, медична сестра викликає довіру хворого. І навпаки, зім'ятий чи забруднений халат, недоглянуті руки, надлишок прикрас і косметики, подразливі запахи несприятливо впливають на хворого.

Важливим обов'язком медичної сестри є збереження професійної таємниці, якщо вона не заторкує інтересів суспільства або хворого. Медичні сестри не мають права розголошувати і обговорювати відомості про хворобу та інтимне життя хворого, які вони отримали під час виконання професійних обов'язків. Медичним сестрам не треба брати на себе функції, які віднесені до лікарської компетенції, роз'яснювати хворим або їхнім родичам характер захворювання, інтерпретувати результати лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень. Вони можуть говорити лише про загальний стан хворого. Увага і делікатність з боку медичної сестри до хворих не повинні виходити за межі розумного. Звертатися до хворих треба зі строгою ніжністю, не допускати кокетства та нав'язливості. Недопустимо у присутності хворих обговорювати або критикувати професійний рівень і призначення лікарів. Це підриває не лише авторитет лікаря, але й віру хворого в успіх лікування.

Оснoву взаємин медичної сестри і лікаря складає субординація, тобто система службового підпорядкування молодшого за посадою старшому. Одержавши від лікаря розпорядження, медсестра повинна ретельно їх виконувати. Про труднощі, що можуть виникнути у процесі виконання призначень, необхідно доповісти палатному лікарю, якщо він відсутній, – завідувачу відділення, а у вечірній час – черговому лікарю. Якщо у медсестри виникли сумніви щодо доцільності якогось призначення або вона вважає його шкідливим чи небезпечним для хворого, вона зобов'язана за відсутності хворого повідомити про свої сумніви лікарю, який зробив це призначення, і виконати його лише після того, як лікар підтвердить своє рішення. Якщо медична сестра і після підтвердження лікарем призначення продовжує вагатися щодо його доцільності, вона зобов'язана доповісти про це завідувачу відділення [68, с. 83].

Таким чином, у сучасній педагогіці професійної освіти деонтологічна підготовка розглядається як одна з умов ефективності всього освітнього процесу. Саме вона визначає рівень сформованості професійної компетентності медичного працівника, характеризуючи його здатність і готовність дотримуватися норм професійної етики, поведінки, заснованої на цінностях відповідальності, обов'язку, честі, совісті і справедливості. Відповідно деонтологічна підготовка не може трактуватися як відокремлений процес, а постає важливим елементом всього освітнього процесу у коледжі, націленого на формування деонтологічних якостей особистості, до яких традиційно відносять моральні цінності, соціально значущі мотиви діяльності, комунікативні здібності безконфліктної толерантної поведінки, почуття відповідальності за результати своєї праці. Деонтологічний підхід, який нині розробляється досить інтенсивно, увібрав у себе основний гіппократівський принцип «не нашкодь» та «твори добро» Парацельса, основні постулати медичної етики Нантінгейл, «моральну бездоганність» та «дотримання обов'язку» М. Петрова.

Здійснений теоретико-методологічний аналіз вітчизняних та зарубіжних досліджень етико-деонтологічних регламентацій уможливорює визначення ролі та місця деонтологічного підходу у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер. Його трактуємо як комплекс етико-імперативних засад професійної діяльності медичної сестри, що містить у собі проблему відповідальності за життя хворого та передбачає максимально компетентне ставлення до пацієнта.

Доведено, що проблема особистісного становлення фахівців медсестринської справи в контексті співвідношення медична сестра – пацієнт потребує етико-деонтологічного підґрунтя щодо формування морально-духовних компонентів їх світоглядної культури. Тому майбутнім медичним сестрам потрібно удосконалювати свої знання та практичні навички на рівні сучасної медицини, бути компетентними не тільки у загальних медичних питаннях, але й у сфері медичної етики та її деонтологічних вимірів.

Висновки до першого розділу

Світоглядна культура особистості викликає значний інтерес в педагогічному, філософському та культурологічному дискурсі вітчизняних наукових розвідок в середині 60-х років XIX ст. Зважаючи на трансформаційні зрушення суспільного буття початку XXI ст., що по-новому вирішують питання пошуку базових засад особистісного існування, світосприйняття, світовідношення та сенсожиттєвих орієнтирів у сучасному гуманітарному просторі, окреслена проблематика набуває значної актуальності. Особливо важливою за таких умов є потреба формування світогледної культури майбутніх медичних сестер, що осмислюється як фундамент для побудови самосвідомості особистості і визначальний фактор ставлення індивіда до світу. Вона націлена на віднайдення надійних морально-етичних, освітньо-професійних та ціннісно-орієнтаційних підвалин медичної діяльності й виявлення нових перспектив в розумінні культури як сфери людського буття і середовища особистісного світогледного становлення.

Світоглядна культура як істотний складник загальної культури особистості та своєрідна форма її духовно-практичного вияву передбачає: становлення ідеалів, цінностей, моральних настанов крізь призму власного світогляду; формування особистісних переконань, поглядів та моральнісних поведінкових норм; вплив на визначення світосприйняття, світовідчуття, світорозуміння та світовідношення; формування загальнонаукових, позанаукових та професійно орієнтованих знань; комунікативну взаємодію людини з іншими індивідами, культурою та світом у цілому; реалізацію професійної діяльності, творчого розвитку, особистісного самоздійснення, самотворення та самовдосконалення.

На підставі філософсько-культурологічних досліджень Київської світогледно-антропологічної школи нами уточнено зміст поняття «світогледна культура особистості» (складне системне утворення, що у площині поєднання сутнісних ознак світогляду як репрезентанту внутрішнього Я індивіда в його спрямованості «людина-світ» та зовнішньої культури як джерела особистісної

активності та творчості постає своєрідною єдністю індивідуального і загального, суб'єктивного й об'єктивного) та розкрито особливість його співвідношення з поняттями «світосприйняття» (самовизначення, самоусвідомлення, саморозвиток особистості на основі культурних, духовних та моральних світоглядних орієнтирів), «світовідношення» (практичне втілення світоглядних принципів у житті) та «моральнісне світовідношення» (духовно-практичне утворення, яке виступає вагомим морально-етичним орієнтиром буття людини в світі, що базується на засадах любові та співстраждання).

Введено в науковий обіг поняття «світоглядна культура майбутніх медичних сестер», що постає результатом формування світогляду майбутніх фахівців медичної справи та утвердженням в медичній практиці моральнісного світовідношення, яке реалізується у контексті співвідношення медичний працівник-пацієнт на засадах висококультурності, гуманності, інтелектуальної фаховості та співстраждання.

Показано, що особливість формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу передбачає біосоціальний вимір медичної діяльності, що базується на взаємообумовленості як біологічних так і соціальних чинників, позаяк пов'язаний із збереженням життя та здоров'я. А тому виникає нагальна потреба включення деонтологічних знань і навичок в орієнтації на належне та обов'язок, (морально-етичних засад лікування, комунікативних взаємодій «медична сестра – пацієнт», гуманістичних ідеалів та цінностей тощо) у структуру світогляду особистості майбутнього медичного працівника.

Встановлено, що світоглядна культура медичного працівника постає у ролі чи не найважливішого компонента професійної діяльності медика, оскільки від неї значною мірою залежить рівень надання медичних послуг.

Проведений теоретико-методологічний аналіз вітчизняних та зарубіжних досліджень засвідчив, що формування світоглядної культури – це багатоаспектний та малодосліджений сегмент сучасної педагогічної науки, який потребує подальших наукових пошуків. Одним із шляхів удосконалення процесу формування світоглядної культури є реалізація деонтологічного

підходу, як інтегративного комплексу етико-імперативних засад професійної діяльності медичної сестри, що містить у собі проблему відповідальності за життя хворого та передбачає максимально компетентне ставлення до пацієнта. Показано, що саме реалізація деонтологічного підходу в освітньо-педагогічний простір сприяє забезпеченню етико-морального становлення майбутніх медичних сестер у процесі навчання у медичному коледжі.

Основні наукові положення розділу викладено в опублікованих працях [1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 17].

РОЗДІЛ 2

ОБГРУНТУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ

2.1. Компоненти, критерії, показники та рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Сучасний образ фахівця будь-якої сфери, а особливо медичної, невід’ємний від рівня сформованості його світоглядної культури, що безпосередньо впливає на досягнення професійної компетентності та соціальної зрілості. Ця думка стає провідною у працях сучасних дослідників (А. Хуторський, В. Краєвський) [142, с. 3-10], які підкреслюють потребу компетентісно орієнтованого підходу до формування змісту освіти як її концептуального орієнтира, що дозволяє розглядати рівень сформованості світоглядної культури крізь призму мотиваційного, етичного, соціального і поведінкового компонентів, що перебувають з нею у прямій кореляції. Означена позиція стає для нас безумовною спонукою для визначення такої системи компонентів та їхніх критеріїв, розвиток яких найбільшою мірою сприяє формуванню світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Однак, перш ніж перейти до їх безпосередньої експлікації, маємо з’ясувати дефініцію цих понять за словниково-енциклопедичними та бібліографічними джерелами. Зауважимо, що термін «компонент» у широкому сенсі інтерпретується в якості складника або частини чого-небудь [247]. З огляду на предметне поле нашого дослідження значний інтерес викликають наукові розвідки Н. Соболевої, зокрема праця «Світогляд і життєвий вибір особистості», де авторка структурними вимірами світоглядної культури особистості називає: комплекс знань про природу, суспільство і людину; метод мислення, який поєднуючись зі знаннями, вибудовує принципи взаємодії

людини зі світом та її пізнанням; світоглядні цінності та світоглядну активність особистості [255, с. 27]. Так, на думку дослідниці, на різних етапах розвитку особистості співвідношення цих елементів набуває істотних змін, оскільки світоглядна зрілість досягається поступово шляхом постановки і вирішення окремих завдань, фіксуючись у проміжних результатах, які характеризують рівень розвитку окремих елементів світоглядної культури. А кінцевим результатом цього процесу постає сформованість високої світоглядної культури як важливого чинника внутрішнього упорядкування взаємозв'язку індивідуального і соціального досвіду, коли саме «культура визначає організацію побуту людини, її повсякденну поведінку, стає нормою життєдіяльності, що зумовлює дії та вчинки людини, її внутрішній світ» [109]. Розглядаючи світоглядну культуру особистості крізь призму загальної культури «як елемента духовності», І. Ковальчук переконує, що здійснення аналітичного осмислення зовнішніх нормативних настанов, їх синтетичної обробки на основі індивідуальних оцінок, поглядів та переконань і відповідно до них – практичної реалізації комунікативної суб'єкт-суб'єктної взаємодії, творчості й самовдосконалення передусім зумовлене світоглядними імперативами індивіда. Натомість В. Шамсутдінова ступінь сформованості світоглядної культури особистості студента визначає з позицій «світоглядної орієнтації особи на загальнолюдські соціокультурні норми, на духовно-патріотичні ідеали рідної культури і готовність особи слідувати їм у своїх справах і вчинках» [297, с.14].

Своєю чергою, експлікуючи поняття світоглядної та методологічної культури у духовному світі особистості офіцера у їх нерозривному взаємозв'язку, В. Гребеньков репрезентує світоглядну культуру як ту «частину загальної культури особистості і такий особливий якісний рівень світогляду, за допомогою якого виражаються основні ціннісні орієнтації особистості, життєві позиції та ставлення до світу [66]. В означеному контексті світоглядна культура постає як складне духовно-практичне утворення, що акумулює в собі світоглядні знання, стиль мислення, світоглядні цінності та світоглядну діяльність. Прикметно, що особливий акцент автором поставлено на досягненні

світоглядної зрілості як завершального етапу формування світоглядної культури [66].

У дослідженнях Л. Абросимової, присвячених формуванню світоглядної культури студентів у гуманітарних ЗВО, вона постає в статусі «багатокомпонентного інтегративного особистісного утворення, невід'ємного від загальнолюдської культури, що характеризується наявністю достатнього запасу знань, переконань, навичок і норм діяльності, поведінки в сукупності з досвідом творчої діяльності» [2, с. 20], що містить у собі п'ять компонентів, зокрема: мотиваційно-цільовий, емоційно-ціннісний, когнітивний, операційно-діяльнісний та рефлексивний.

Водночас І. Харкавців базовою основою світоглядної культури вважає розвинену екологічну культуру, оскільки саме вона у зрізі вищої системи цінностей здатна забезпечити «здоровий спосіб життя і гармонізацію взаємодії з природою на засадах стійкого розвитку і коеволюції» [292, с. 187] та професійну культуру. Адже саме культура праці в цілому виступає надзвичайно важливим елементом практичного рівня світоглядної культури [292, с. 187]. З огляду на це дослідник значну увагу приділяє проблемам формування професійної культури майбутніх фахівців, яка постає найвищим практичним рівнем світоглядної культури. А тому її можна охарактеризувати крізь призму «сукупності надбань специфічно фахового характеру, знань, умінь і навичок, професійних цінностей, принципів і норм, необхідних для виконання конкретних завдань зі спеціальності (в означеному контексті – з іноземної мови)» [292, с. 188]. Безперечно, гармонійний розвиток світоглядної культури майбутніх медичних сестер потребує значної уваги до розвитку її інтелектуального складника, що забезпечує успішне засвоєння фахових знань і дозволяє студентові не тільки відтворювати зміст навчального матеріалу, але й міркувати самостійно, усвідомлюючи проблеми, їх взаємозв'язок та взаємозумовленість, відстежувати закономірності вивченого тощо.

На думку М. Шовкун, важливим елементом світоглядної культури є комунікативна культура, яка постає як «особистісне утворення, що концентрує

в собі мистецтво мовлення і слухання, об'єктивне сприйняття матеріалу і правильне його розуміння, сприяє побудові гуманних взаєностосунків і досягненню ефективної взаємодії на основі спільних інтересів» [313, с. 47].

Відтак, аналітичний огляд компонентної структури світоглядної культури особистості (Н. Соболева, І. Ковальчук), світоглядної культури особистості офіцера (В. Гребеньков), студентів гуманітарних вищих закладів освіти (В. Шамсутдінова, Л. Абросимова), взаємодії з екологічною та професійною культурою (І. Харкавців), комунікативною культурою (М.Шовкун) дозволяє нам трактувати поняття «компоненти світоглядної культури майбутніх медичних сестер» як таке, що окреслює найвагоміші елементи світогляду, які забезпечують ефективне виконання медичними працівниками професійних обов'язків із яскраво вираженим піклуванням про пацієнта та толерантним ставленням до інших суб'єктів професійної та соціально-культурної взаємодії. Основною метою виокремлення структурних компонентів світоглядної культури у контексті нашого дослідження є формування у межах освітньої діяльності майбутніх медичних сестер цілісної, внутрішньо мотивованої особистісної культурної та фахової підготовки на стійких морально-етичних засадах. На цій підставі нами визначено наступні компоненти сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу: мотиваційно-ціннісний, освітньо-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний. З огляду на вищезначене з'ясуємо їх зміст та функціональне призначення.

І. Мотиваційно-ціннісний компонент характеризує:

- ступінь мотиваційних спонукань майбутніх медичних сестер, що впливають на ставлення до соціуму, формування культурних та професійних інтересів та різних варіантів життєвого вибору, а також виражену градацію мотивів за принципом їх соціальної та культурної значущості.

- наявність стійкої потреби студента у визначенні зони потенційного розширення соціокультурних можливостей та готовність до переорієнтації власної життєдіяльності відповідно до обраних світоглядних орієнтирів та деонтологічних детермінант, що проявляється у виборі і намаганні освоїти

складні життєві ситуації і такі ділянки майбутньої діяльності, що потребують зваженого світоглядного вибору;

- яскраво виражений інтерес до обраного фаху, що базується на суспільних мотивах, бажанні отримати знання для подальшої суспільно корисної діяльності, усвідомлення зон ризику та готовність реалізовувати цінності вищого порядку, сформована система професійних цінностей;

- сформованість ціннісно-смислової сфери особистості майбутньої медичної сестри.

II. Професійно-когнітивний компонент відображає:

- компетентне виконання майбутніми медичними сестрами покладених на них професійних обов'язків, зумовлене усвідомленим ставленням до фахової діяльності, що базується на їхньому особистісному когнітивному та деонтологічному потенціалі, відповідно до якого професійна компетентність постає не тільки відображенням високого ступеня обізнаності у медичній сфері, але й способом реалізації власного професійного покликання;

- сформоване стійке прагнення до підвищення фахового рівня через формальне, неформальне й інформальне навчання та самоосвітню діяльність. Зауважимо, що професійно-когнітивний компонент є важливим елементом світоглядної культури майбутнього медичного працівника, оскільки прагнення підвищити власний професіоналізм є одним із атрибутів культурно-світоглядного становлення особистості. Розмаїття сучасних закладів та установ освіти дає можливість майбутнім медичним сестрам значно розширити свій фаховий діапазон, а також загальний рівень підготовки вже на етапі здобуття фаху. Водночас плюралізм тренінгових курсів, майстер-класів, інших методичних заходів із питань деонтології, які передбачені освітнім процесом підготовки майбутніх медичних сестер, також сприяє зростанню рівня світоглядної культури медичного персоналу;

- медичну обізнаність, що проявляється у здатності медичної сестри роз'яснювати пацієнтам і їхнім законним представникам особливості дії, порядок підготовки до певних медичних процедур, медичних призначень маніпуляцій, обстежень та умінні формувати їх позитивне сприйняття.

III. Особистісно-розвивальний компонент передбачає:

- самоорганізованість, сформовані стійкі навички раціонального розподілу робочого часу з метою чіткого розмежування послідовності медичних призначень лікарів і доведення їх вагомості й необхідності для пацієнтів та їхніх законних представників;
- здатність проявляти чуйність, турботу й співчуття до пацієнтів і їхніх законних представників, що виражається через засвоєну систему форм ввічливості, доброти і чуйності, демонстрація постійної зацікавленості самопочуттям пацієнта, створенням атмосфери турботливості й співчутливого ставлення до пацієнтів і їхніх родичів / відвідувачів хворих;
- уміння співпереживати разом із пацієнтом; толерантність, емпатія як невід'ємні і незамінні елементи світоглядної культури, активними проявами яких є здатність майбутніх медичних сестер поставити себе на місце пацієнта, пережити його біль і страждання, відчувати соціальний дискомфорт, викликаний тривалим перебуванням у медичному закладі, але при цьому зберігати достатній рівень самоволодіння, а також налаштування пацієнта на сприятливий перебіг хвороби, що відображається шляхом переконання хворого у тому, що усі запропоновані медичні дії спрямовані на оптимізацію його стану;
- адекватність і поміркованість у наданні інформації пацієнтам і їхнім законним представникам про стан здоров'я хворого та динаміку його одужання з урахуванням принципу об'єктивності та можливими ризиками її впливу на психоемоційний стан хворого;
- здійснення швидкого й доцільного вибору методів психологічного впливу на пацієнтів із чітким урахуванням їхнього психофізіологічного стану, перспектив, бачень, індивідуальних особливостей, соціального статусу, життєвих обставин, здатність прогнозувати розвиток емоційного стану і життєвих обставин, у яких перебуває пацієнт (див. рис. 2.1).

IV. Практично-діяльнісний компонент містить:

- вміння давати обґрунтовану характеристику щодо необхідності, доцільності й ефективності призначених лікарями медичних дій, маніпуляцій,

додаткових обстежень, що відображає рівень розуміння медсестринським персоналом показів до певних маніпуляцій і здатність донести мету таких процедур до конкретного адресата, упевненість у виконуваних діях та автоматизм професійних навичок;

- здатність налагоджувати чіткий зворотний зв'язок між медичною сестрою і лікарями, які роблять медичні призначення пацієнтам, що проявляється через наявність урегульованих комунікативних актів між вказаними сторонами задля досягнення злагодженості роботи медичного персоналу та забезпечення сприятливої атмосфери лікування.

- вміння вибудовувати ефективну комунікацію з представниками цільової аудиторії (пацієнтами, колегами, лікарями, адміністрацією лікувальної установи), що передбачає швидкість, ефективність та легкість комунікативних трансакцій, відсутність конфліктів та непорозумінь з боку колег, лікарів, адміністрації, пацієнтів і їхніх родичів, а також вміння створювати позитивну атмосферу для хворих, які перебувають на лікуванні у закладі охорони здоров'я, що полягає у позитивному світосприйнятті і налаштуванні на позитивне світобачення пацієнтів медичного закладу за допомогою вербальних засобів;

- здатність майбутніх медичних сестер «згладжувати» гострі кути, запобігати і врегульовувати ймовірні чи реальні конфліктні ситуації, тактовність у формулюванні вимог, рекомендацій і зауважень пацієнтам, їхнім родичам, що проявляється в умінні здійснювати ефективні комунікації у межах власних посадових компетенцій на засадах ввічливості. У разі виникнення непорозумінь між пацієнтами, їхніми родичами та медичним персоналом, підтвердженням професіоналізму медичної сестри виступає аргументоване і ввічливе формулювання нею непохитної позиції у формі рекомендації, вимоги, зауваження, запиту тощо.

- комунікативно-емоційну мобільність, стриманість і переконливість у висловлюваннях, що проявляється у здатності керувати власними емоціями задля досягнення мети комунікації у професійній сфері.

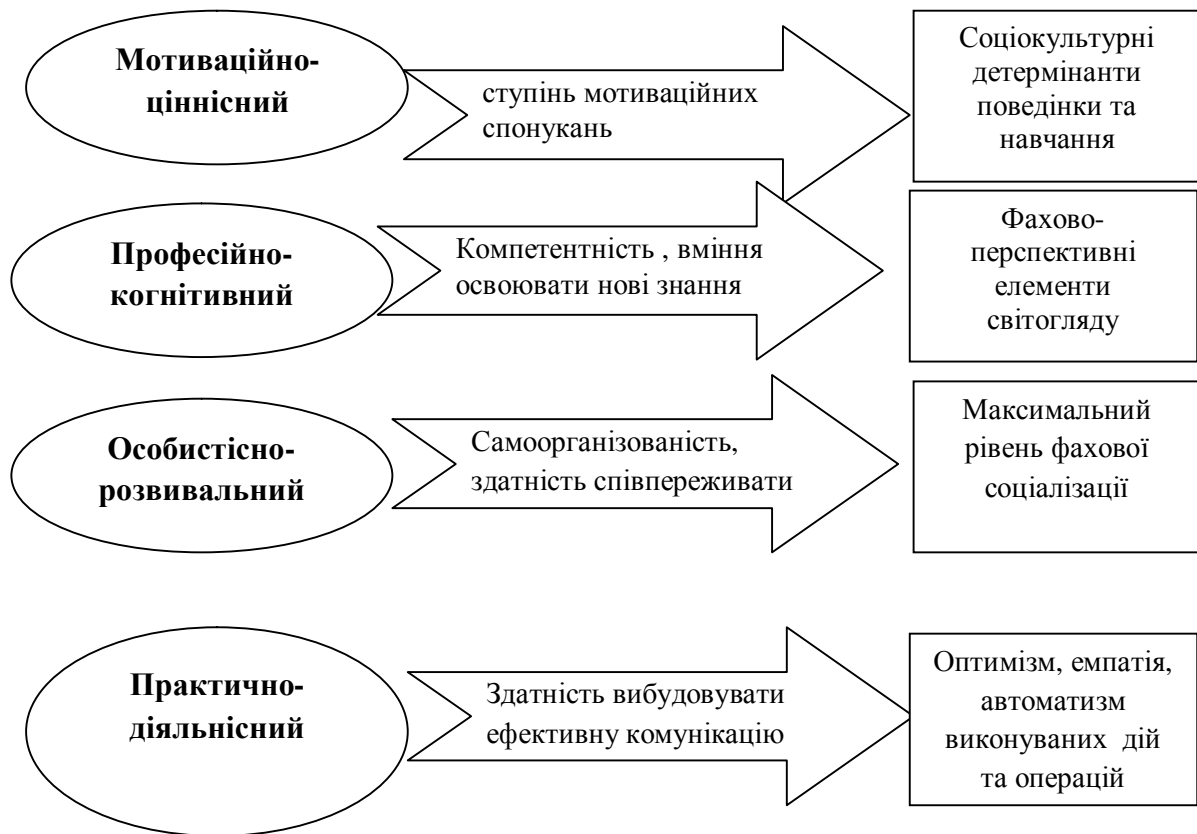


Рис.2.1. Компоненти світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Водночас оцінити рівень сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу можна на основі критеріальних характеристик, вибір яких зумовлений метою та завданнями дослідження. Зауважимо, що поняття «критерій» (в перекладі з грецької *kriterion* – засіб судження, переконання, міра) інтерпретується як мірило для визначення, оцінки предмета чи явища; ознака, взята за основу класифікацій [251]. У педагогічному словнику критерій постає як єдиний показник розвитку системи, діяльності, основа для визначення класифікації та ознака досліджуваного об'єкта, що допомагає здійснити його оцінку [205], а В. Тернопільська та О. Дерев'янка розуміють його як «ідеальний зразок для порівняння з реальними явищами, за допомогою якого можна встановити міру відповідності, наближення до заданої моделі сформованості того чи іншого педагогічного явища» [267, с. 265]. Дослідники одностайні в тому, що критерії мають характеризувати типовий бік процесу чи явища, формулюватися чітко, коротко і зрозуміло, а також бути скерованими на те, що підлягає перевірці.

Як вважає А. Галімов, критерій виражає найзагальнішу сутнісну ознаку, на основі якої здійснюють оцінку, порівняння реальних педагогічних явищ, при цьому ступінь вияву, якісна сформованість, визначеність критерію виражаються в конкретних показниках, які характеризуються, у свою чергу, низкою ознак [56]. Належна критеріальна основа, на нашу думку, дозволяє вловити динаміку досліджуваного явища, доцільність вибору компонентів, їх специфіку та взаємодію.

Поняття «рівень» тлумачиться як ступінь величини, розвитку, значущості чого-небудь [252]. Мірою прояву критерію, його кількісною чи якісною характеристикою постає показник (від пізньолат. *indicator* – показчик) [252].

Обираючи критерієм зрілість означеного явища, що містить науково-теоретичну і поведінково-вольову готовність, духовно-етичну довершеність, соціальну і професійну компетентність особи, В. Шамсутдінова вважає його основою цілісного соціально-педагогічного діагностування прояву рівнів сформованості світоглядної культури студента [297]. Продуктивність світоглядної культури, на думку Ю. Хайрулліної, відображають такі критерії, як: рівень світоглядної діяльності (усвідомлена організація світоглядного пошуку, її активність, синтез нових прийомів і засобів світоглядної діяльності, способи вирішення наявних протиріч, глибина осмислення цих процесів); якість продуктів світоглядної діяльності (повнота, цілісність і інтегративність образів і картин світу); внесок носія культури світогляду в смислову і світоглядну сферу інших людей, професійних, етнічних груп і ширших спільнот [288, с. 196].

Зважаючи на те, що світоглядна культура є явищем багатомірним і складним, вона, на думку О. Шаповал, «не може мати якогось єдиного універсального критерію» [301]. Дослідниця пропонує визначати рівень її сформованості на основі пізнавального, оцінно-ціннісного і діяльнісного критеріїв, що відображають значущість властивостей досліджуваного об'єкта. У цьому контексті пізнавальний критерій передбачає наявність і свідоме засвоєння учнем світоглядних знань, зокрема знань про природу, суспільство, людину, світ; розуміння різних світоглядних понять, системи відношень

«людина – природа», «людина – людина», «людина – суспільство», «людина – світ», «людина – Всесвіт»; наявність умінь і навичок філософськи витлумачити сутність різних природних і суспільних явищ та процесів, вміння узагальнювати тощо. Оцінно-ціннісний критерій характеризує усвідомлене ставлення до світоглядного змісту навчального матеріалу; до суспільних подій і явищ; містить важливі ціннісні орієнтації, ідеали та переконання. Водночас діяльнісний критерій позначає готовність особистості до реалізації власних світоглядних переконань у практичній діяльності; визначає її життєву активність, соціальну позицію та соціальну компетентність [301].

Критеріями сформованості світоглядної культури студентів Л. Абросимова вважає їх науково-теоретичну готовність; духовно-моральну зрілість; поведінково-вольову готовність; професійну та соціальну компетентність [4].

Систематизація та узагальнення означених підходів спонукає нас виробити адаптовані до нашого дослідження інтерпретативні моделі найбільш уживаних понять, як-от: *«критерії світоглядної культури майбутніх медичних сестер»* – це переважно якісні виміри та ступінь прояву певних компонентів, їх рівні, за якими можна судити про наявність у медичного персоналу сформованої світоглядної культури; *«показники світоглядної культури майбутніх медичних сестер»* – міра вираженості у поведінковій парадигмі майбутніх медичних сестер певної світоглядної культури за кожним із критеріїв, *«рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер»* – це величина розвитку у суб'єкта медичної діяльності світоглядної культури.

Відтак, критеріями сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу вважаємо наступні: аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний.

Аксіологічний критерій сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу у нашому дослідженні співвідноситься з мотиваційно-ціннісним компонентом. Він апелює до ціннісної платформи професійної освіти майбутньої медичної сестри,

збагачуючи її духовний світ вищими світоглядними смислами. Уявлення про те, якою має бути медицина, сприяє формуванню особистісної ієрархії ціннісних орієнтацій, а відповідно до неї і життєвих цілей та норм поведінки, які розглядаються майбутньою медичною сестрою еталонним статусом. Аксіологічний потенціал виводить особистість медичного працівника на новий, творчий рівень життєдіяльності, внаслідок цього особистісні норми стають тотожними ціннісним настановам, трансформуючись у внутрішню спонуку і усвідомлюючись як обов'язок, що відіграє чи не найважливішу роль у медичній діяльності. Саме тому базова медична освіта повинна бути орієнтованою на вищі духовні цінності, а саме: самопожертву, відданість, любов, – які були вироблені культурою і стали її невід'ємним елементом світогляду.

Показниками аксіологічного критерію сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу визначено:

1. Наявність у майбутніх медичних сестер інтересу до формування світоглядної культури в обраній професії.
2. Прагнення майбутніх медичних сестер до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури.
3. Ставлення до професії як цінності та усвідомлення її особистісного та культурного змісту.

Інтелектуальний критерій сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу у нашому дослідженні співвідноситься з професійно-когнітивним компонентом.

Виражаючи рівень інтелектуальних досягнень та фахового удосконалення, інтелектуальний критерій позначається обсягом набутих знань, умінь, навичок, сукупністю професійно-особистісних якостей, що визначають внутрішню готовність виконувати фахові обов'язки на основі кваліфікаційних вимог та морально-етичних норм, високою інтелектуальною спроможністю до розширення горизонтів загального медичного кругозору, здатністю

продукувати ідеї, успішно втілювати конкретні життєві та професійні ідеї, належно оволодівати фаховими компетенціями. Інтелектуальний критерій націлює на розвиток індивідуальних здібностей, сприяє рефлексивній самоорганізації медичної діяльності, передбачає розвиток інтелектуального потенціалу студентів-медиків, що залежить від рівня освоєння пізнавальних дій, способів переробки і застосування професійної інформації.

Показниками інтелектуального критерію сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у нашому дослідженні є:

1. Знання студентами основних понять, підходів та вимог деонтології у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер.
2. Наявність фахових і соціально орієнтованих знань, які свідчать про сформованість світоглядної культури.
3. Вільне оперування базовою медичною термінологією для розв'язання професійних та культурно-світоглядних завдань.

Гуманістичний критерій сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у нашому дослідженні співвідноситься з особистісно-розвивальним компонентом.

Він ставить акцент на людиноцентричному вимірі професійної діяльності медика, базованої на загальнолюдських цінностях, якими постають життя, гідність, гуманність, добро, любов, справедливість, відповідальність тощо. Гуманістичні імперативи сприяють морально-етичному становленню медичної сестри, формуючи деонтологічний простір її фахової самореалізації. Надання кваліфікованої допомоги, спрямованої на одужання хворих, їх обслуговування у закладі охорони здоров'я відбувається з урахуванням «пацієнтоцентричного» підходу, відповідно до якого білий сестринський халат стає символом співстраждання, милосердя, порядності, любові, співчуття. Ці моральні якості, поєднані з високим рівнем кваліфікації, стають істотним важелем світоглядної культури майбутніх медичних сестер та невід'ємним елементом світогляду, спрямованого на реалізацію фундаментальних імперативів медичної діяльності,

а саме: «позбавлення пацієнта від страждань» та «святості людського життя». Сучасна гуманістична педагогіка на перший план висуває інтереси окремої особистості, акцентуючи увагу на її внутрішньому світі, її прагненнях, інтересах та цілях. Як зауважує Ю. Колісник-Гуменюк, «бути кваліфікованим фахівцем – означає не лише відмінно засвоїти теоретичні знання та практичні навички, а й мати сформований відповідний світогляд, стрижнем якого має бути гуманізм, висока культура та духовність» [132, с. 220]. На думку дослідниці, нормами професійно-етичної культури медичного працівника є: вміння спілкуватися, оволодіння знаннями, нормами і правилами поведінки; розвиток почуттів; формування переконань, умінь і поведінкових звичок тощо. Одним із елементів сучасної медичної етики є біоетика, у контексті якої майбутні медики знайомляться з проблемами штучного запліднення, стерилізації, абортів, евтаназії, трансплантації органів, клонування, тощо, які проектуються не тільки на професійну діяльність медика, а й окреслюють його морально-етичні горизонти. Невипадково культурно-світоглядне становлення майбутнього представника медичної сфери передбачає: «гуманістичне поєднання професійного становлення з формуванням високоморальних рис громадянина України; формування всебічно розвиненої, високоосвіченої, соціально активної особистості, здатної до самовдосконалення та самореалізації, виховання у неї почуття відповідальності, високої духовності; формування цінностей у процесі усвідомлення своїх інтересів та переваг; знання джерел і рушійних сил самовизначення особистості; запобігання негативному впливу на свідомість студентів інформації, яка містить елементи жорстокості, бездуховності; впровадження у свідомість молодих людей переваг здорового способу життя, формування національної культури, соціально активної, здорової та духовно багатой особистості» [269].

Показниками гуманістичного критерію сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у дисертації визначено:

1. Усвідомлення соціально-культурної сутності діяльності медичної сестри крізь призму здатності до емпатії, піклування, співпереживання в особистісній взаємодії з хворими.
2. Становлення стійких морально-світоглядних орієнтирів шляхом дотримання морально-етичного кодексу у повсякденній професійній діяльності.
3. Організація та вдосконалення самооцінки, саморозвитку та самоактуалізації, спрямованих на становлення світоглядних культурно-особистісних імперативів.

Процесуальний критерій сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у дисертації співвіднесено з практично-діяльнісним компонентом.

Він репрезентує рівень професійних знань, навичок, умінь, реалізованих безпосередньо у сфері медичної практики; виражає проведення медичними працівниками відповідно до їх функціональних обов'язків цілої низки комплексних заходів, спрямованих на покращення здоров'я хворого (фізичного, психічного). Водночас, згідно зі Стандартом вищої освіти України (спеціальність 223 – медсестринство) [260] нормативний зміст підготовки майбутніх медичних сестер у контексті виконання їхніх функціональних обов'язків у медичній практиці передбачає такі основні види діяльності:

- належне виконання медичних маніпуляцій з метою забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму та особистої гігієни пацієнта;
- виконання медичних маніпуляцій та найпростіших методів фізіотерапії;
- знання сучасної медичної апаратури фізіотерапевтичного кабінету та кабінету функціональної діагностики.
- виписування, зберігання та застосування необхідних фармакологічних засобів;
- належне ведення документації;
- доведення до відома пацієнтів сутності, необхідності і дієвості медичних призначень, при якому у хворих створюється уявлення про прямий взаємозв'язок між медичним призначенням і становленням задовільного стану здоров'я пацієнта тощо.

Процесуальний критерій також стає мірою розвитку комунікативної культури медичної сестри, актуалізуючи арсенал мовленнєво-виражальних засобів, етикетних формул повсякденного фахового спілкування. Виражаючи сформовану систему психоемоційних важелів, які забезпечують і гарантують високий рівень емоційної стабільності й урівноваженості у процесі виконання фахових завдань, процесуальний критерій забезпечує ефективну взаємодію із соціокультурним середовищем. Він також зумовлює адекватне реагування на запити цільової аудиторії – пацієнтів, їхніх родичів, колег, адміністрації.

Показниками процесуального критерію сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у дисертації постає:

1. Здатність до формування світоглядної культури на основі здійснення ефективної комунікації для взаємодії з професійним та соціально-культурним середовищем.
2. Удосконалення практичних навичок особистісної взаємодії із пацієнтами;
3. Здатність до творчих та світоглядно орієнтованих рішень під час виконання типових і нетипових професійних завдань.

Наведена вище інформація дає змогу встановити певну кореляцію між компонентами, критеріями і показниками сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер, що відображено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Співвідношення між компонентами, критеріями та показниками сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер

№ з/п	Компоненти світоглядної культури майбутніх медичних сестер	Критерії сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер	Показники сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер
I.	Мотиваційно-ціннісний	аксіологічний	1. Наявність у майбутніх медичних сестер інтересу до формування світоглядної культури в обраній професії.

			<p>2. Прагнення майбутніх медичних сестер до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури.</p> <p>3. Ставлення до професії як цінності та усвідомлення її особистісного та культурного змісту.</p>
II.	Професійно-когнітивний	інтелектуальний	<p>1. Знання студентами основних понять, підходів та вимог деонтології у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер.</p> <p>2. Наявність фахових і соціально орієнтованих знань, які свідчать про сформованість світоглядної культури.</p> <p>3. Вільне оперування базовою медичною термінологією для розв'язання професійних та культурно-світоглядних завдань.</p>
III.	Особистісно-розвивальний	гуманістичний	<p>1. Усвідомлення соціально-культурної сутності діяльності медичної сестри крізь призму здатності до емпатії, піклування, співпереживання в особистісній взаємодії з пацієнтами.</p> <p>2. Становлення стійких морально-світоглядних орієнтирів шляхом дотримання морально-етичного кодексу у повсякденній професійній діяльності.</p> <p>3. Організація та вдосконалення самооцінки, саморозвитку та самоактуалізації, спрямованих на становлення світоглядних культурно-особистісних імперативів</p>
IV.	Практично-діяльнісний	процесуальний	<p>1. Здатність до формування світоглядної культури на основі здійснення ефективної комунікації для взаємодії з професійним та соціально-культурним середовищем.</p> <p>2. Удосконалення практичних навичок особистісної взаємодії із пацієнтами;</p> <p>3. Здатність до творчих та світоглядно орієнтованих рішень під час виконання типових і нетипових професійних завдань.</p>

Визначені критерії та показники дають змогу діагностувати початковий, середній, достатній та високий *рівні* сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Табл. 2.2.

**Характеристика рівнів сформованості світоглядної культури
майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу**

Назва компонента	Назва критерію	Рівень	Ознаки сформованості
Мотиваційно-ціннісний	Аксіологічний	Високий	Чітко виражена градація цінностей, сформована і аргументована мотиваційна програма навчальної та фахової підготовки, сформовані її цілі та завдання, високі духовні ціннісні орієнтири, прагнення вибудувати власний внутрішній світ відповідно до культурних вимог.
		Достатній	Визнання медичної діяльності особистісною та культурною цінністю. Наявність власної мотиваційної програми навчання, чітко виражена професійна мотивація, її творчий характер, готовність до засвоєння культурних детермінант поведінки та діяльності.
		Середній	Поверхове розуміння особистісних та професійних цінностей, відсутність творчої мотивації фахової підготовки, невпевненість у власних уподобаннях та прагненнях; слабо виражена особистісна світоглядна позиція.
		Початковий	Відсутність глибокого внутрішнього переконання у правильності обраної професії, несформованість мотиваційної програми і духовної платформи навчання та професійної діяльності, розмита ієрархія цінностей.
Професійно-когнітивний	Інтелектуальний	Високий	Здатність цілеспрямовано навчатися і працювати, вміння диференціювати та структурувати отриману інформацію, високий рівень рефлексії власних здобутків, готовність постійно розширювати власний культурний горизонт, оволодівати новими науковими даними.

		Достатній	Вміння сприймати і відтворювати фахові тексти, прагнення розвивати свої професійні якості, високі успіхи у навчанні, чіткість та злагодженість у діях та вчинках, висока продуктивність виконуваних операцій.
		Середній	Репродуктивний характер набутих професійних знань, недостатня сформованість світоглядних переконань та культурної рефлексії, недостатньо сформовані навички обробки та класифікації інформації.
		Початковий	Відсутність потреби навчання та фахового вдосконалення, слабка рефлексивна здатність, невміння працювати з різними джерелами інформації.
Особистісно-розвивальний	Гуманістичний	Високий	Неухильне дотримання постулатів та вимог медичної етики; стійкі морально-етичні переконання; сформована духовна платформа навчання та фахової підготовки.; відчуття власної самототожності і цілісності, яскраво виражена емоційна гнучкість, толерантність та готовність до самопожертви.
		Достатній	Здатність проникати у внутрішній світ іншої людини; адекватність емоційних реакцій на подразники зовнішнього середовища; прагнення до самовдосконалення, нормативно-регулятивний характер морально-етичних орієнтирів.
		Середній	Недостатній рівень психологічної адаптації; слабо виражена рефлексивна здатність; нестабільна система самооцінки; формальний вибір цілей;
		Початковий	Нездатність адаптуватися у професійному середовищі; емоційна ізоляція, невміння керувати емоційно-почуттєвими станами; неадекватна самооцінка.

Практично-діяльнісний	Процесуальний	Високий	Готовність до партнерства та взаємодії; гнучкість, високий рівень адаптації у колективі, здатність працювати на спільний позитивний результат; вільне володіння засобами спілкування; здатність приймати нестандартні рішення і професійно діяти в складних ситуаціях.
		Достатній	Достатні комунікативні здібності, вміння орієнтуватися у різних комунікативних ситуаціях, здатність адекватно сприймати і відображати комунікативну ситуацію; необхідні фахові навички, наявний план медичного обслуговування; знання алгоритму підготовки до медичних процедур.
		Середній	Формалізація комунікативних дій, некритичне ставлення до мовної ситуації; вузьке коло спілкування, недостатньо сформовані операціональні навички.
		Початковий	Відсутність ініціативи у комунікативній ситуації, труднощі у налагодженні контактів з людьми; формальне виконання лікарських призначень; відсутність плану медичного обслуговування.

Таким чином, до **компонентів** світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу можна віднести такі, як: мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний.

Відповідно **критеріями** сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу визначено: аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний.

На основі **показників** кожного критерію проведено діагностику сформованості у майбутнього медичного персоналу світоглядної культури засобами реалізації деонтологічного підходу, що засвідчила початковий, середній, достатній та високий **рівні** крізь призму фіксації усіх можливих зрізів фахової діяльності – мотиваційного, духовно-ціннісного, морально-етичного, комунікативного, процесуального, людиновимірного та ін.

Показники та рівні їх сформованості (високий, достатній, середній та початковий) дозволяють здійснити початкову діагностику сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер та належно організувати психолого-педагогічний експеримент.

2.2 Педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у медичних коледжах

Ефективність формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер значною мірою залежить від належно організованого навчально-освітнього процесу, що передбачає реалізацію найбільш оптимальних та конструктивних педагогічних умов. Ґрунтовному осмисленню їх сутності сприяє аналіз довідково-енциклопедичних та психолого-педагогічних видань, дисертацій, наукових статей тощо.

Нами відстежено, що у Великому тлумачному словнику сучасної української мови термін «умова» трактується як необхідна обставина, що уможливорює здійснення, створення, утворення чого-небудь або сприяє чомусь [50, с. 1506], а також як фактор, рушійна сила будь-якого процесу, явища; чинник [50, с. 1526]. Водночас у словнику української мови означуване поняття позначає правила, що існують або встановлені в тій чи іншій галузі життя, діяльності, які забезпечують нормальну роботу чого-небудь; вимоги, виконання яких забезпечує що-небудь [251, с. 441]. Філософський енциклопедичний словник пропонує розглядати умову в статусі філософської категорії, у якій «відображаються універсальні відношення речі до тих факторів, завдяки яким вона виникає та існує» [278, с. 482]. Згідно з В. Полонським, умови являють собою «сукупність природних, соціальних, зовнішніх і внутрішніх дій, що впливають на фізичний, психічний, моральний розвиток людини, її поведінку, виховання і навчання, формування особистості» [217, с. 36], а в Н. Бухлової – «сукупність соціально-педагогічних і дидактичних фактів, що впливають на навчальний процес, та надають змогу керувати ним» [45, с. 4].

Зауважимо, що поняття умова, не можна ототожнювати із такими категоріями як обставина, середовище, оточення, ситуація, що вживаються для конкретизації чи уточнення його семантики, позаяк вони вказують на зовнішні характеристики досліджуваного об'єкта, в тому числі абсолютно випадкові і несуттєві. Тим часом нам важливо розглянути внутрішні параметри цього поняття, які націлюють на його всебічну інтерпретацію. Так, інтегруючись у педагогічний процес, поняття умова трансформується у новий семантичний вимір і в ролі елемента освітнього процесу постає як «педагогічна умова», що позначає «особливості організації навчально-виховного процесу, що детермінують результати виховання, освіти та розвитку особистості студента, об'єктивно забезпечують можливість їх досягнення» [80, с. 136], а також «обставини, від яких залежить та відбувається цілісний продуктивний педагогічний процес професійної підготовки фахівців, що опосередковується активністю особистості» [230, с. 143]. Достатньо обґрунтованою вважаємо дефініцію педагогічних умов Н. Гори, означену як «сукупність заходів та методів навчання, що сприяють побудові навчально-творчого процесу з урахуванням потреб, інтересів та можливостей особистості, що впливає на формування професійної компетентності майбутніх фахівців та допомагає розкрити їх потенціал особистості в професійному та суспільному планах» [62, с. 135]. Нам імпонує визначення Ю. Колісник-Гуменюк, яка у понятті педагогічні умови вбачає «сукупність різнопланових соціально-педагогічних і дидактичних чинників, процесів, обставин, необхідних і достатніх для виникнення та раціонального стійкого функціонування або зміни певної педагогічної системи» [133, с. 113]. У її дослідженні педагогічні умови відтворюють взаємодію гуманізації навчально-виховного процесу, фахової підготовки медиків, взаємовплив єдиного освітнього простору та новітніх технологій, що впроваджуються у медицину. Не можна оминати увагою і відстежений Н. Тверезовською подвійний смисловий пласт означуваного поняття та його роль в освітньому процесі. На думку дослідниці, педагогічні умови постають, з одного боку, джерелом виникнення, існування, розвитку та

запорукою можливостей удосконалення педагогічного процесу, а з другого, – самою його «атмосферою» [266].

У ролі ключового фактора ефективності навчального процесу та комфортного педагогічного середовища педагогічні умови розглядаються у працях А. Белкіна [27, с. 15] та Л. Качалової [107, с. 98].

Основними ознаками педагогічних умов Ю. Подповетна називає: «сукупність зовнішніх об'єктів освітнього середовища у відповідних відносинах, з якими перебуває предмет дослідження; сукупність внутрішніх особливостей (стану, якостей) предметів дослідження, від яких тією чи іншою мірою залежить вирішення проблеми; співвідношення сукупності зовнішніх об'єктів і внутрішніх особливостей, які визначають існування, функціонування і розвиток предмета дослідження» [213, с. 254]. Дослідниця однозначно вказує на потребу якісної взаємодії усіх компонентів навчального процесу, що впливають на його результативність.

Апелюючи до методологічних засад поняття «педагогічні умови», А. Литвин визначає їх як «комплекс спеціально спроектованих генеральних чинників впливу на зовнішні та внутрішні обставини навчально-виховного процесу й особистісні параметри всіх його учасників. Педагогічні умови забезпечують цілісність навчання та виховання в інформаційно-освітньому середовищі навчального закладу відповідно до вимог суспільства та запитів ринку праці, сприяють всебічному гармонійному розвитку особистості для виявлення її задатків, врахування потреб і формування загальнолюдських і професійно важливих якостей, ключових кваліфікацій, загальних і професійних компетенцій» [158, с. 28-29].

Важливо підкреслити, що вибір педагогічних умов не є спонтанним явищем, до нього висувається низка педагогічно вмотивованих, усвідомлених і методично організованих вимог. На думку З. Бакум, педагогічні умови мають бути спрямовані на «формування позитивної мотивації студентів і задоволення результатом творчої діяльності; сприяти розвитку особистості та її творчих здібностей; забезпечувати не тільки розвиток студента, а й професійне зростання викладача» [21, с. 44]. Зрозуміло, що це далеко не повний перелік

необхідних характеристик, яким повинні відповідати педагогічні умови. Він може бути доповнений тими вимогами, що продиктовані специфікою та змістом наукового дослідження. Як зауважує І. Седова, в основу поняття педагогічні умови покладається зміст професійної діяльності та особливості навчання майбутнього фахівця; педагогічні умови мають становити «сукупність об'єктивних можливостей змісту, форм, методів і матеріально-технічних факторів, що забезпечують успішне вирішення поставлених завдань; включати зовнішні (соціально-економічні, соціально-культурні та ін.) і внутрішні (психолого-педагогічні, дидактичні та ін.) умови, уміщувати мотиваційний, організаційний, змістовий, контрольний-оцінний аспекти» [241, с. 76].

Як бачимо, означений спектр пошуків дає вагому підставу експлікувати поняття «педагогічні умови» з урахуванням мети та світоглядно-педагогічного контексту дисертаційного дослідження. Таким чином, – *педагогічні умови розглядаємо як взаємозалежність умов професійно-особистісного становлення та компонентів сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер, що сприяє їх свідомому підпорядкуванню морально-етичним імперативам та засвоєнню культурного та професійного досвіду.*

Для з'ясування комплексу педагогічних умов, на наш погляд, доцільно взяти за основу алгоритм послідовних операцій, запропонований І. Мухровим, що, зокрема, передбачає:

- 1) виявлення основних компонентів, що забезпечують досягнення мети, їх аналіз і визначення міри причетності;
- 2) вибір заходів, що посилюють ефективність кожного компонента;
- 3) упорядкування отриманих умов (виключення зайвих, об'єднання декількох в одну тощо);
- 4) перевірка кожної умови й усього комплексу [185].

З огляду на те, що педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу мають узгоджуватися з компонентами означеного процесу, ми брали до уваги їх змістову відповідність та векторну скерованість на реалізацію мети

дослідження, тобто встановлювали те, що названо І. Мухровим «мірою причетності», що передбачає також зміст освітнього пошуку, кваліфікацію та професійну майстерність і культуру педагога, продумане використання інноваційних технологій в освітньому процесі. Щодо вибору заходів, які посилюють ефективність кожного компонента світоглядної культури майбутніх медичних сестер, ми орієнтувалися на можливість їх педагогічного впливу та очікуваний у зв'язку з цим результат.

Отже, зважаючи на вищесказане, у нашому дисертаційному дослідженні було визначено наступні педагогічні умови:

1. Актуалізація мотивації до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.
2. Активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професіоналізації.
3. Забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проективному вимірі гуманістичної парадигми.
4. Формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі.

Першою педагогічною умовою, що впливає на розвиток мотиваційно-ціннісного компонента досліджуваного явища є **актуалізація мотивації до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі**. Проблема мотивації в освітньому просторі є актуальною у дослідженнях Б. Ананьєва, А. Бодалєва, Л. Божович, З. Крижановської, А. Маркова, у яких мотиваційну сферу складають потреби, мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації. Мотив, сформований на потребнісній основі, постає головним фактором, що спонукає особистість до життєдіяльності. У педагогічному словнику мотивація постає як сукупність стійких мотивів та спонук, що визначають зміст, направленість та характер діяльності особистості, її поведінку [204, с. 88]. Розширення семантики цього поняття фіксує Н. Шевандрін, який виявляє два його смисли, а саме: 1) мотивація як система факторів, які впливають на активність організму і визначають направленість поведінки людини; 2) мотивація як характеристика

процесу, що забезпечує активність поведінки на певному рівні [306]. Натомість у Д. Аширова мотивація постає як процес, поштовхом до якого стає фізіологічна чи психологічна недостатність або потреба, що активізує поведінку чи визначає спонуку, спрямовану на досягнення певної мети і винагороди [17]. Водночас І. Зимня вважає мотивацію тим «пусковим механізмом, що впливає на інтенсивність будь-якої людської діяльності – працю, спілкування чи пізнання» [95, с. 219], на різних її рівнях – інтуїтивному, інтелектуальному, логіко-смісловому, пошуково-творчому та дослідницькому. Прикметно, що дослідниця розглядає мотивацію як складну скоординовану систему потреб, думок та цілей, спрямованих на досягнення ефективності навчально- професійної діяльності, а наявність мотивації – як один із векторів суб'єктності студента та необхідну і принципову умову формування його суб'єктної позиції. Зауважимо, що поняття суб'єктна позиція відображає особистісну автономію студента, що передбачає реалізацію внутрішніх особистісних смислів. Саме внутрішня мотивація репрезентує відповідність провідного мотиву діяльності її об'єктивному змісту. У випадку домінування зовнішньої мотивації, обраний вид діяльності може не узгоджуватися з індивідуальними нахилами особистості, її мотивами та цінностями, внаслідок чого діяльність втрачає статус особистісного регулятива, особистісної необхідності і вимагає надмірних зусиль для своєї підтримки. Відтак, ставиться під загрозу формування адекватної особистісним можливостям життєвої та професійної перспективи, побудова якої вимагає реальної оцінки власних цінностей та потреб. Стверджуючи потребу об'єднання стійких мотивів, А. Реан наполягає на формуванні їх ієрархії, що постає вираженням спрямованості особистості. Якісні характеристики мотивів дослідник поділяє на внутрішні (особистості цікава діяльність сама по собі) та зовнішні, що містять соціальні та економічні потреби людини (позитивні – повага, кар'єра, оплата праці, негативні – осуд, покарання тощо) [234, с. 86-87].

У руслі наших пошуків внутрішня мотивація сприяє формуванню життєвої стратегії особистості, її зрілості та зваженості і, згідно з Р. Миленковою, відповідно до світоглядних імперативів постає результатом

життєвого досвіду, являючи собою «утворення, яке стабільно проявляється у різних ситуаціях та потребує виявлення, аналізу та можливої корекції» [179, с. 323].

Не буде помилкою визнати, що формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки тісно переплітається з її мотиваційною сферою, яка сприяє реалізації особистісного потенціалу фахівця. Розглядаючи її крізь призму реалізації деонтологічного підходу, підкреслимо, що вона містить такі внутрішні імперативи, які регламентують світоглядну позицію медика. Без перебільшення, відповідальність у світоглядній культурі медичного працівника сама собою постає цінністю, що покладається в основу ієрархічної піраміди і визначається знаннями, моральними нормами і настановами, вмінням координувати свою діяльність згідно з вищими духовними вимогами, брати на себе ношу обов'язку у складних життєвих ситуаціях та передбачати наслідки своїх вчинків і дій. Йдеться передусім про соціально значущу поведінку індивіда та її вплив на загальну та професійну культуру, а також відповідність суспільним та культурним нормам. Інтерпретаційне поле поняття відповідальність репрезентує його як здатність узгоджувати результати власних дій з поставленими цілями, внаслідок чого виникає почуття співучасті в загальній справі, а за умови безвідповідальності – почуття невиконаного обов'язку [41, с. 25].

На наш погляд світоглядна культура особистості майбутнього медичного працівника однозначно елімінує із комплексу морально-етичних настанов безвідповідальність як таку, що пов'язана з байдужістю, надмірним егоїзмом та маніпуляцією високими етичними ідеалами. Основними чинниками, які системно і цілеспрямовано формують відповідальність людини, Л. Потапюк, називає навчання, виховання, соціалізацію, особистісний розвиток людини, її життєвий досвід, суспільну практику, сім'ю, систему освіти, релігійні організації, засоби масової інформації, трудові колективи та інші соціальні групи, суспільство, його моральні норми, правову систему, звичаї і традиції [220, с. 259]. Безумовно, що «всі аспекти й рівні загальнолюдської

культури... врешті-решт відбиваються в індивідуальній свідомості, поведінці, діяльності відповідно до особливостей кожної особистості, і чим яскравішою є її індивідуальність, тим більш своєрідною є особистість як носій культури» [103, с. 53].

Для того, щоб організувати належний мотиваційно-ціннісний простір для формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки, передусім необхідно акцентувати увагу на важливості отриманих знань та спонукати студентів до їх засвоєння. Цьому значною мірою сприятиме використання у педагогічному процесі таких інноваційних форм навчання як інтегровані лекції, що поєднують елементи різних навчальних дисциплін (у цьому плані доречними будуть, наприклад, елементи курсу філософії та медичної деонтології), рефлексивні практикуми, де майбутня медична сестра вибудовує власну розмислову площину для експлікації внутрішніх мотивів поведінки відповідно до конкретно означеної ситуації. Важливо на заняттях створити атмосферу змагальності, яку можна підтримувати не тільки з допомогою неординарних інноваційних підходів до організації навчального процесу, а шляхом рефлексії тієї смислової канви, на основі якої відбувається моделювання ситуацій морально-етичного плану. Важливо обговорювати зі студентами злободенні медичні проблеми, пов'язані із дилемою вибору, наприклад, рятувати життя хворого будь-якою ціною чи виконувати раціоналізовані міністерські вимоги, згідно з якими люди похилого віку на медичну допомогу в умовах коронавірусної пандемії мають розраховувати в останню чергу і яким чином такі настанови узгоджуються із клятвою Гіпократата. Доцільно створювати адаптовані до реальної професійної ситуації специфічні форми занять, які сприяють глибшому осмисленню медичного покликання та попередженню помилок як світоглядного, так і професійного характеру. Зауважимо, що професійно-етична культура майбутньої медичної сестри вибудовується на стійкому світоглядному фундаменті, який складають морально-етичні норми, трансформовані у внутрішні цінності та переконання, що в цілому інтенсифікують загальнокультурну спрямованість особистості. У її мотиваційно-ціннісному

континуумі морально-етична та етико-деонтологічна культура постають взаємозумовленими та взаємозалежними, являючи синтез професійно-етичних та аксіологічних характеристик, що формують етичну та культурну значущість медичного фаху та вибудовують високоморальну лінію поведінки майбутнього фахівця.

Наступною умовою, що співвіднесена з професійно-когнітивним компонентом світоглядної культури майбутніх медичних сестер, є ***активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки***. Поняття професіоналізації передбачає трансформацію навчальної діяльності у професійну, що націлює на створення контекстного освітнього середовища, необхідність якого доводять А. Вербицький та О. Щербакова, згідно з якими «контекстне освітнє середовище являє собою комплекс предметного, просторово-часового, соціально-психологічного і діяльнісного контекстів майбутньої професійної діяльності, що обумовлює послідовне включення студентів у різні види діяльності – навчальну, квазіпрофесійну, навчально-професійну – спрямованих на формування професійно-компетентної і психологічно здорової особистості, здатної до конструктивної взаємодії в конфліктній ситуації» [315, с. 10]. Прикметно, що у філософському енциклопедичному словнику дефініція середовища відсилає нас до суспільних, матеріальних і духовних умов існування людини [278], що передбачають світоглядно-культурний аспект досліджуваного феномена. Так, В. Желанова уводить у дослідницький контекст поняття «рефлексивно-контекстне середовище», що постає як вид професійно орієнтованого освітнього середовища й визначає його як багаторівневу педагогічно організовану систему умов та можливостей, що забезпечують впровадження професійного контексту у навчальний процес.

Належить визнати, що формування професійної самосвідомості медичної сестри, а також динаміка когнітивної діяльності, що в цілому відображає процеси професіоналізації, стверджує потребу професійної рефлексії, зумовленої метою та смислом педагогічної діяльності і наділеної дослідницьким потенціалом. Нині, як переконує В. Желанова, важливо

зорієнтувати майбутнього медичного працівника не на засвоєння дій та операцій, а на продуктивну діяльність, що передбачає варіативність та альтернативу вибору методів та засобів досягнення професійної мети.

На думку дослідниці, ознаками рефлексивно-контекстного освітнього середовища можна вважати:

- професійно орієнтовану та рефлексивно орієнтовану спрямованість;
- упровадження сукупності контекстів майбутньої професійної діяльності медичного працівника;
- «міжсуб'єктний» характер взаємодії педагога та студентів;
- відповідність особистості студента його потребам;
- наявність внутрішніх суперечностей і труднощів, пов'язаних з навчальною чи професійною діяльністю;
- варіативність, відсутність жорстко регламентованих методів роботи та програм;
- пріоритет професійно-формувань навчальних методик;
- використання форм і методів контекстного навчання;
- спрямованість на формування в майбутніх медичних сестер усіх видів і рівнів рефлексії як професійно значущої якості [85, с. 92].

На наше переконання, рефлексивні якості майбутніх медичних сестер покладаються в основу їх фахової і загальнокультурної підготовки, сприяють готовності до професійної діяльності. Будучи тісно пов'язаними зі знаннєвою та пізнавальною активністю, вони детермінують рівень зрілості світоглядної культури майбутніх фахівців сестринської справи та здійснюють керований вплив на її формування.

Рефлексивно-контекстне навчання дозволяє моделювати різні фрагменти фахової діяльності, що потребує сформованої ціннісної платформи та конгруентності (конгруентність (*congruensis*) у перекладі з латинської мови – відповідність, співмірність, співпадання) особистісного та професійного чинників.

Активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер передбачає також удосконалення «навичок дослідницької діяльності, уміння

взаємодіяти з інформаційними засобами, ставити й вирішувати завдання різних видів, відповідно до конкретно виконуваної діяльності, що може допомогти формуванню й розвитку самостійності... у процесі власної, спеціально організованої освітньої діяльності» [304, с. 169-172]. Зауважимо, що знання, отримані у такому зрізі, набувають виразного евристичного та дієвого змісту, позаяк не подаються педагогом у готовому вигляді, а в міру готовності студента освоїти їх вищий когнітивний рівень.

Реалізація означеної педагогічної умови потребує широкого використання інтерактивних технологій, згідно з якими до процесу розв'язання проблеми долучається кожен студент, навіть попри його мінімальну участь. Ефективним для вирішення проблемних питань і ситуаційних задач за мінімальний часовий проміжок у межах малих груп є метод «мозкового штурму» («Brainstorming»), що передбачає активну генерацію ідей з наступним їх обговоренням з метою прийняття нестандартних рішень, які постають спонукую для розвитку креативного потенціалу студентів.

Круглі столи, дискусійні зустрічі, міні-конференції, евристичні бесіди та дискусії – це далеко не повний перелік наявного інноваційного арсеналу підходів, що сприяють розширенню пізнавальних горизонтів майбутніх фахівців медсестринства. Про їх перевагу недвозначно говорить Л. Кондрашова, переконуючи, що вони «...забезпечують умови для колективної співпраці, у процесі якої студенти обмінюються думками, почуттями, діями, відчують симпатію один до одного, легше сприймають точки зору інших учасників, виявляють готовність до зміни своїх установок» [135, с. 19].

Педагогічною умовою актуалізації особистісно-розвивального компонента є *забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проективному вимірі гуманістичної парадигми.*

З огляду на сучасні тенденції девальвації духовних та моральних цінностей, а також ті загрози та виклики, які сприймають гуманітарні науки, в тому числі і педагогіка, доцільно говорити про загальну кризу світоглядно-культурного змісту, що безпосередньо проектується в особистісну площину.

Тому формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер нині потребує особливо зважених підходів щодо вибору тих методологічних координат і тієї основи, яка може забезпечити особистісний розвиток фахівця медичної сфери. Йдеться в основному про гуманізацію професійної освіти як процесу, що відображає «спрямованість розвитку освіти на гуманні стосунки в суспільстві як загальнолюдську цінність» [59, с. 157], необхідність оптимального поєднання традиційних національних педагогічних настанов з інноваційними домінантами глобальної культури. На думку Г. Балла, цивілізаційна основа гуманізації освіти гарантована процесом переходу суспільства на новий рівень, що означає підвищення попиту на креативність, ініціативу, відповідальність та комунікабельність. Ідея гуманізації освіти полягає передусім в орієнтації її цілей, змісту, форм і методів на особистість та гармонізацію її розвитку [22].

Апелюючи до сучасних наукових теорій розвитку особистості, пропонованих педагогічною та психологічною наукою в особі таких відомих дослідників, як Г. Балл, І. Бех, О. Бондаревська, М. Чобітько, І. Якиманська тощо, відстежуємо їх виразні гуманістичні імперативи, кордоцентричні інтенції, іманентні українській освітній парадигмі. Так, завданнями гуманізації освіти Ю. Колісник-Гуменюк вважає: «залучення індивіда до системи культурних цінностей і вироблення особливого ставлення до них; розкриття змісту загальносуспільних норм гуманістичної моралі (доброти, взаєморозуміння, милосердя, співчуття та ін.) і культивування інтелігентності як значущого особистісного параметра; розвиток інтелектуально-моральної свободи індивіда, здатності до самооцінки, саморегуляції поведінки та діяльності, світоглядної рефлексії; відродження традицій національної культури, почуття патріотизму та поваги до законів країни й громадянських прав особистості; формування ставлення до праці як до соціально і особистісно значущої діяльності, джерела й чинника матеріальних й духовних цінностей» [133, с. 65].

Сучасна педагогічна наука особливий наголос ставить на необхідності збереження цілісного світогляду особистості, її творчої самореалізації,

поєднанні внутрішньої та зовнішньої активності. Так, Р. Вайнола, узагальнюючи наявні підходи до визначення поняття розвиток особистості, трактує його «як процес розгортання людського в людині, явище, що стосується цілісної зміни особистості, а не покращення окремих її властивостей і здібностей, та незмінно пов'язується з актуалізацією позитивних сил зростання особистості, її творчого потенціалу, духовно-моральним удосконаленням людини» [47, с. 18]. Водночас дослідниця називає ті фактори впливу на особистісний розвиток майбутнього фахівця, які стверджують особливу роль у цьому процесі освітнього середовища закладу вищої освіти. Вони вибудовані відповідно до їх педагогічного та соціокультурного впливу на особистість студента і передбачають:

- активізацію ролі соціально-виховних впливів;
- створення еталонного освітнього середовища;
- забезпечення конструктивності соціокультурного оточення;
- відповідність змісту навчально-виховного процесу новітнім культурним, духовним, матеріальним запитам сучасного студентства;
- комплексний характер загальнопедагогічної підготовки майбутнього фахівця;
- загальну педагогізацію процесу фахової підготовки;
- підвищення якості освітніх послуг» [47, с. 18].

Згідно з І. Булах, особистісне становлення неможливе без самоусвідомлення і ціннісного сприймання власного Я, що «актуалізує нові рівні відкриття у самого себе моральних та духовних якостей і моральних почуттів та підносить особистість до осмисленого переживання власних дій як вільних і відповідальних вчинків» [42, с. 19]. До психологічних механізмів, що зумовлюють процес особистісного розвитку науковці (Н. Битянова, І. Маноха, Т. Титаренко) відносять:

- самопізнання (невпинний рух до повнішого знання про себе через самоспостереження, самоусвідомлення, самотавлення, самоаналіз, самооцінку);

- самоспонування (використання внутрішніх прийомів спонування себе до професійного та особистісного саморозвитку через самонакази, самозабов'язання, самопримуси);
- програмування (формулювання) цілей та завдань, визначення шляхів, засобів та методів діяльності з особистісного зростання;
- самореалізацію (здійснення програми особистісного зростання), осмислення і переосмислення життя [32; 164; 271].

Особистісний розвиток майбутньої медичної сестри, на наш погляд, – це експлікація творчого та фахового потенціалу особистості, її світоглядно-культурних імперативів, що засвідчує здатність виходу за межі стереотипів з метою вдосконалення власного життєвого світу на основі гуманізму та пріоритету етичних норм.

У змісті професійної підготовки майбутнього медичного працівника доцільно передбачати участь студентів у розробці та аналізі тих ситуативних завдань, розв'язок яких дозволяє діагностувати рівень засвоєння морально-етичних вимог, стресостійкість, адекватність емоційних реакцій на зовнішні подразники, толерантність, здатність проникати у внутрішній світ іншої людини тощо. Педагог має досконало засвоїти особистісно-розвивальні педагогічні технології, серед яких: кейс-технології, проектне навчання, імітаційно-ігрове навчання тощо. При цьому не можна нехтувати апробованими формами педагогічного впливу, що усувають бар'єр між студентом і наставником-педагогом. До них зокрема відносимо: бесіду, що може мати як індивідуальний, так і колективний характер, диспут, що навчає студентів уникати маніпулятивних впливів, рольову гру тощо.

Не варто також ігнорувати і таку форму впливу як особистісний підхід, що базується на тісній та цілеспрямованій взаємодії фахівця-професіонала та студента. При цьому зростає роль навчальних дисциплін, які представлені у навчальному плані в курсі підготовки медичних сестер на базі повної загальної середньої освіти, зокрема «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» та «Медична деонтологія в медсестринстві». Важливо, що через предметне навчання студенти послідовно і цілеспрямовано

долучаються до загальнолюдської культури, глибше розуміють власну духовну традицію, виявляють причетність до гуманістичних імперативів сучасності, вбудовуючи отримані знання у власний особистий досвід.

Наступною педагогічною умовою, яку співвіднесено з практично-діяльнісним компонентом, є ***формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер шляхом становлення комунікативно-освітнього та інтеракційно-діяльнісного середовища.***

Світоглядні координати сучасного фахівця сестринської справи окреслюють простір діяльності у сфері «людина – людина». Індикатором її ефективності визнано не тільки рівень спеціальної професійної підготовки, а й рівень засвоєння загальнолюдської культури, особистісний потенціал, що розкривається у процесі комунікації, яка передбачає високу частотність міжособистісних контактів. Йдеться передусім про формування комунікативної культури медичної сестри, її здатність взаємодіяти із професійним та соціальним середовищем, налагоджувати необхідні контакти з урахуванням специфіки подальшої взаємодії.

На думку С. Герасименко, комунікативна культура медика являє собою «сукупність ціннісних настанов, лінгвістичних та етичних знань, умінь, навичок, а також жестів, символів і досвіду, що використовуються у комунікативній діяльності» [57, с. 207]. Така діяльність реалізується у спеціальній професійній, особистісній та соціальній сферах і забезпечує можливість професійної самореалізації, сприяє розвитку здібностей та реалізації життєвих програм, забезпечує продуктивну взаємодію з представниками інших культур, участь у попередженні стресогенних ситуацій та врегулюванні конфліктів.

Розвиток комунікативної культури медичної сестри передбачає:

- моделювання комунікативної ситуації;
- навички слухати і чути хворого;
- коректне використання спеціальної професійної термінології;
- розуміння вербальних, формальних (формули, графіки) і невербальних (міміка і жести) засобів;

- належне використання спеціальної інформації (кардіограми, рентгенограми, результати обстежень, карта анамнезу тощо);
- моніторинг стану пацієнта у процесі діалогу;
- охайне та пунктуальне ведення медичної документації, зокрема: журналів обліку, листків тимчасової непрацездатності, історії хвороби, виписування направлень (в тому числі електронних), рецептурних бланків тощо.

Зауважимо, що комунікативна культура медичної сестри стає невід'ємним елементом догляду та лікування хворого. Її формування має розпочинатися з рефлексії власних настанов на комунікацію на перших етапах професійної підготовки. На думку, І. Ільїна, у рефлексивний вимір комунікації входять потреби, очікування, побоювання, оцінки. Комунікативна культура вимагає узгодження власних інтересів з інтересами інших людей, розуміння себе в ролі комунікатора та формування власного професійного образу, до змістових характеристик якого відносять: вміння розпізнавати емоційні стани, характер, поведінку та очікування хворого; вміння моделювати варіанти можливих наслідків діяльності; позитивне ставлення до іншої людини, терпимість до нестандартних проявів поведінки та способу мислення; вміння строго співвідносити поведінку з моральними і юридичними нормами [96, с. 175-177].

Процес формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер є прогнозованим і, як відстежує Ю. Колісник-Гуменюк, відбувається поетапно. Дослідниця виділяє три етапи, зокрема: опанування теоретичних знань з міжособистісного спілкування; діагностика комунікативних умінь і навичок, визначення межі у спілкуванні; корекція недоліків і проблем у процесі спілкування, тренінг ефективних навичок комунікації у процесі спілкування; повторна діагностика комунікативних умінь і навичок [133, с. 105].

Кожен з етапів є важливою сходинкою до оволодіння комунікативною і фаховою майстерністю. Проте, чи не найбільшу вагу відведено початковому етапу, на якому ази комунікативної взаємодії трансформуються у внутрішні імперативи, що полягають у прагненні почути хворого і допомогти йому. Так, американський психотерапевт К. Роджерс

уводить в науковий обіг поняття емпатичного слухання, що розглядається як «спосіб буття з Іншим» [237, с. 429], що передбачає чутливість до емоційних станів хворого і «глобальну довіру» до нього. «Це означає тимчасове проживання життя Іншого, обережне у ньому просування... ніби сам стаєш цим Іншим, але без втрати відчуття «ніби» [235].

Плекаючи переконання в тому, що хворий у самому собі може відшукати значні ресурси для самопізнання, трансформації Я-концепції, зваженої поведінки, К. Роджерс наполягає на дотриманні трьох умов, що сприятимуть емпатійному слуханню, це зокрема: емпатійна здатність самого психотерапевта, його конгруентність і безумовне прийняття хворого, що постає як самодостатня реальність, гідна поваги. К. Роджерс підкреслює динамічний характер емпатичного розуміння, вважаючи його більше «процесом, аніж станом» [236, с. 429]. У цьому випадку емпатія постає комунікативним актом, що полягає у здатності передати Іншому розуміння його переживання і внутрішньої ситуації доступною йому мовою – як вербально, так і невербально. Елементами техніки емпатичного слухання є дослівне повторення, перефразування і вербалізація почуттів. Доцільним є спостереження за невербальними реакціями хворого, його експресивними оцінками певних явищ чи подій, уведення у власний мовний арсенал тих засобів, з допомогою яких можна передати емоційне ставлення тощо.

До важливих чинників формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер відносимо активну взаємодію з викладачем у процесі навчання у медичному коледжі, яка реалізується шляхом відновлення обірваного комунікативного зв'язку, що передбачає прохання повернутися до сказаного, уточнити зміст фрази чи пояснити її іншим способом, змінити темп мовлення тощо. Розвитку комунікативних навиків, безумовно, сприятимуть рольові та ділові ігри, у яких відбувається апробація комунікативного фахового та культурного досвіду, а також соціально-перцептивної та рефлексивної здатності.

Значну роль у формуванні комунікативної культури майбутніх медичних сестер відіграє і мовний етикет, що передбачає не тільки привітання,

прохання, прощання чи вибачення, а й комплімент, привернення уваги, люб'язність, представлення тощо.

Ефективність означеної педагогічної умови забезпечується також шляхом коментування здійснюваних медичною сестрою дій та операцій, озвучення їх доцільності та переконання у цьому хворого та його рідних, що є одним із важливих елементів професійної стратегії медичного працівника та його ідентифікації. На цьому наголошує І. Мельничук, зазначаючи, що «професійна ідентифікація може слугувати основою для вибору адекватних засобів і способів розв'язування професійних задач. З поняттям «засоби розв'язування» фахових задач, що розуміється як засоби виконання професійних дій і завдань, пов'язане поняття «стратегія» здійснення професійної діяльності, яка визначається як домінантна тенденція в інтелектуальній поведінці суб'єкта, що розв'язує задачу. Стратегія виконання професійних дій передбачає вміння поставити і проаналізувати нову задачу, здійснити пошуки найбільш адекватної гіпотези розв'язання і саме здійснення професійної діяльності для досягнення поставленої мети» [174, с. 217].

З огляду на проблематику нашого дослідження, ми акцентуємо увагу на формуванні в медичному коледжі належного соціально-психологічного та духовно-морального клімату, що сприяє становленню висококультурного професійного середовища, у якому забезпечені умови належної професійної комунікації, яка постає одним із ключових елементів професійного становлення майбутніх медичних сестер.

Педагогічними умовами формування світоглядної культури майбутніх медичних сестеру нашому дисертаційному дослідженні визначено:

1. Актуалізація мотивації до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі.
2. Активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки.
3. Забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проєктивному вимірі гуманістичної парадигми.

4. Формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер шляхом становлення комунікативно-освітнього та інтеракційно-діяльнісного середовища.

Їх реалізація має комплексний характер і дозволяє окреслити перспективи формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер шляхом трансформації вітчизняного педагогічного досвіду та реалізації сучасних освітніх інноваційних підходів.

2.3. Структурно-функціональна модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Ефективність формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу передбачає створення та поетапне впровадження структурно-функціональної моделі, яка здатна не тільки адекватно відтворити об'єкт та предмет дослідження, а й доповнити означений процес новими креативними підходами. У сучасних психолого-педагогічних дослідженнях поняття «модель» та «моделювання» вимагають строгих критеріїв визначення. Так, роль моделювання у системі науково-педагогічних досліджень полягає у відтворенні певного рівня статичної й динамічності конкретного дидактичного процесу. Адже саме на основі раціонально обґрунтованої науково препарованої моделі можна займатися прогнозуванням розвитку будь-якого процесу [211; 258]. Згідно з Ю. Колісник-Гуменюк, моделювання являє собою «важливий чинник стимулювання пізнавальної активності студентів і формування у них ціннісного ставлення до медичної професії» [133, с.118]. На переваги моделювання над безпосереднім дослідженням прототипу вказує А. Уйомов. Стверджуючи моделювання в ролі універсального методу дослідження будь-якої педагогічної проблеми, Ю. Бабанський наголошує на тому, що воно «допомагає систематизувати знання про студента, явище або процес, підказує шляхи їх більш цілісного опису, окреслює повніші зв'язки між компонентами, відкриває можливості для створення більш цілісних класифікацій тощо. Моделювання не тільки робить

вивчення більш наочним, але й більш глибоким у своїй сутності» [18, с. 111]. Моделювання здатне імітувати педагогічний процес шляхом створення аналогів реальних і сконструйованих систем.

З'ясовуючи термінологічну сутність поняття «модель», А. Галімов трактує її як інваріантну систему «ідеально необхідних і достатніх ознак, взаємозв'язок яких характеризує наявність освітньої системи, спрямованої на подальший розвиток творчої готовності випускників» [55, с. 54]. У В. Ягупова [318] модель постає в ролі еталонного уявлення про навчання, що визначає цілі, основи організації та проведення навчального процесу, а М. Тимофієва тлумачить її як мірило, зразок, умовний образ чогось [270]. Т. Спіріна називає модель знаковою системою для відтворення певного дидактичного процесу, демонстрації його у цілісній структурі, яка підлягає функціонуванню і збереженню упродовж усіх етапів наукового пошуку з означених проблем [259, с. 280]. Під моделлю формування світоглядної культури студентів Н. Ольхова, розуміє «надання особистості студента особливого статусу людини з усіма притаманними їй особистісними рисами, високим інтелектом, глибокими професійними знаннями, мудрістю, духовністю, ідеалами, креативністю та морально-естетичною поведінкою» [199].

Не можна оминати увагою й інші варіанти семантичної експлікації цього поняття, відповідно до яких модель інтерпретується як «концептуальний інструмент, аналог певного фрагмента соціальної дійсності, який служить для зберігання та розширення знання про властивості та структуру процесів, що моделюються, орієнтований на керування ними» [314 с. 119]; а також схема, створений, матеріальний чи мисленнєвий об'єкт, інструмент пізнання, цілісна структура, що відтворює суттєві властивості, наочно-образні характеристики та зв'язки елементів і функцій об'єкта-оригіналу і спрямована на досягнення нового результату, перспективної мети [244, с. 131].

Відзначимо широку палітру значень поняття «модель», продемонстровану різними науково-педагогічними школами залежно від її концептуального змісту. Поняття освітньої моделі запропоновано у

дослідженнях Е. Гусинського та Ю. Турчанінової, які беруть до уваги втілення автором розуміння освіти та процесів її розгортання [73]. Згідно з В. Онушкіним поняття «освітня модель» інтерпретується в статусі знакової системи, «яка схематично відтворює як освітню практику в цілому, так і її окремі фрагменти» [200, с. 86]. На думку дослідника, усі освітні моделі доцільно поділити на: а) описові (передбачають постановку завдання, визначення структури та основних елементів освітньої практики; б) функціональні (відтворюють освітній процес у системному зв'язку із соціальним середовищем; в) прогностичні (відображають теоретично аргументовану картину майбутнього стану освітньої практики) [200, с. 88].

Водночас А. Дахін виділяє наступні типи моделей: прогностичну, концептуальну, інструментальну, моніторингову, рефлексивну та структурно-функціональну [74], вважаючи останню найбільш поширеним типом з-поміж усіх педагогічних моделей. Структурно-функціональна модель будується з урахуванням сутнісних зв'язків та відношень між елементами єдиної системи, тобто між виховним та освітнім процесами, що передбачають формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у контексті професійної підготовки засобами реалізації деонтологічного підходу.

Для нашого дослідження актуальними є погляди О. Почуєвої [221], про те, що моделювання – складний за сутністю та структурою процес. Побудова педагогічної моделі відбувається з допомогою визначених цілей, закономірностей, принципів, визначення змісту, форм, методів, системи контролю та оцінки результату. До основних етапів побудови педагогічної моделі авторка відносить:

1-й етап: постановка завдання. Цей етап у побудові моделі вважається найбільш важливим. Правильна постановка завдання забезпечує розв'язання поставленої проблеми. Завдання має бути сформульоване так, щоб проблема була достатньо діагностованою;

2-й етап: побудова моделі. На цьому етапі необхідно визначити, яка інформація необхідна для побудови моделі, котра буде задовольняти мету та забезпечить на «виході» отримання необхідної інформації. Тут важливими є

інформаційні потоки, нам належить встановити їхню залежність та взаємовплив і відповідно структурувати їх.

3-й етап: перевірка моделі на достовірність. Після побудови моделі необхідно перевірити ступінь відповідності моделі реальності шляхом аналізу всіх релевантних змінних, що впливають на розв'язання поставленого завдання. Ще один аспект перевірки – встановлення ступеня вірогідності та спроможності вирішення за допомогою означеної моделі проблеми.

4-й етап: використання моделі. За його допомогою визначається ступінь успішності побудованої моделі. Останнім кроком є оновлення моделі.

У нашому розумінні модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу трактується як схематично-знакова система, що відображає у більш простому вигляді структуру, властивості та відношення між її елементами відповідно до мети, завдань, теоретико-методологічного забезпечення та критеріїв розвитку у процесі професійного становлення. Побудова означеної моделі потребує урахування структури та змісту фахової підготовки майбутніх медичних сестер.

Грунтовні напрацювання щодо формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у контексті деонтологічного підходу було досягнуто у процесі науково-дослідницького пошуку Л. Переймибіди [206], якою розроблено модель розвитку деонтологічної культури майбутнього медичного працівника [206].

Досліджуючи проблему формування професійної ідентичності майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи на засадах деонтологічного підходу, Х. Козак розробила авторську модель, яка складається з чотирьох блоків – цільового, змістового, операційно-діяльнісного та результативно-оцінювального [130]. Для побудови моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер нами враховано думку Л. Бразалій та Г. Степанова, яка полягає у ствердженні прямої кореляції між наданням якісної медсестринської допомоги і навичками ефективного спілкування, які при цьому демонструє медичний персонал [39, с. 23-26].

Отож, із урахуванням вищезгаданих наукових позицій нами було розроблено авторську модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу, де враховано позицію О. Кравченко щодо визначення нею актуальних морально-етичних якостей особистості (гуманне ставлення до людини, любов, милосердя, відповідальність, глибоке усвідомлення і добросовісне виконання громадянського і професійного обов'язку, повага, толерантність, емпатія), які обов'язково мають бути притаманні майбутнім медичним сестрам [141].

Зважаючи на те, що кожна модель системно відображає заданий педагогічний процес, вважаємо за доцільне виокремити наступні структурні блоки: цільовий, теоретико-методологічний, процесуально-змістовий та критеріально-результативний.

Цільовий блок репрезентує початковий етап моделювання і передбачає співвіднесення мети та завдань дослідження із тенденціями розвитку сучасного освітнього процесу. Прикметно, що мета постає системотворчим компонентом будь-якої моделі, проектуючись на кожен елемент її структури. Метою нашого дослідження визначено формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Досягнення мети зумовлює поетапне розв'язання наступних завдань: концептуалізувати феномен світоглядної культури у педагогічній та філософській традиції, вписавши його у відповідні теоретико-методологічні координати; дослідити особливість формування світоглядної культури медичних сестер у ролі вагомого чинника професійного становлення особистості; експлікувати деонтологічний підхід та з'ясувати його роль у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер; визначити компоненти, критерії, показники та рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу; відстежити педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер; побудувати структурно-функціональну модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу; вмотивувати методичну доцільність

констатувального етапу експериментального дослідження, обґрунтувати реалізацію формувального етапу та проаналізувати результати проведеного експерименту.

Теоретико-методологічний блок дослідження відтворює сукупність принципів та підходів, з допомогою яких досягається максимальна ефективність розробленої структурно-функціональної моделі. Для формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер визначальним у нашому дослідженні є **деонтологічний підхід**, сутність та роль обґрунтовано у першому розділі дисертації. Центруючи педагогічний пошук, він наповнюється новим світоглядно-культурним змістом, позаяк вбирає в себе різні аспекти світоглядної культури медичного працівника. Саме тому ми говоримо про методологічну взаємодоповнювальність тих підходів, які актуалізують світоглядно-професійний дискурс культури медика, що потребує їх ширшої експлікації. На наш погляд, найбільш посутньо віддзеркалюють процес формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер такі підходи: культурологічний, аксіологічний, компетентнісний, гуманістичний, синергетичний та інтегративно-діяльнісний.

Культурологічний підхід акцентує увагу на взаємозв'язку медицини і культури, що значною мірою впливає на суспільні та духовні процеси. Прикметно, що процес поширення впливу медицини на усі сфери людської життєдіяльності позначений терміном медикалізації культури, що означає екстраполяцію сучасної медицини у контекст особистісного та професійного життя, соціального та інтелектуального проявів людини. Як стверджує І. Ісаєв, культурологічний підхід являє собою конкретну наукову методологію пізнання і трансформації педагогічної реальності. Він містить три взаємозумовлені аспекти, зокрема:

- аксіологічний, згідно з яким медична діяльність постає як цілеспрямований, мотивований, культурно організований процес, що характеризується наявністю власних підстав, оцінок, критеріїв та способів оцінювання;
- технологічний, у розрізі якого культура інтерпретується як специфічний спосіб людської діяльності;

– особово-творчий, що враховує об'єктивні зв'язки індивіда і культури. Становлення індивіда як творчої особистості відбувається шляхом засвоєння культурних імперативів [100].

Аксіологічний підхід націлює на розуміння світоглядної культури як фундаментальної, універсальної та інтегративної платформи особистості, на основі якої відбувається становлення її життєвої позиції, максимально вираженої у поглядах, ціннісних настановах та переконаннях, моральних принципах поведінки, комунікативній та фаховій діяльності. Актуальність ціннісних аспектів сучасної медичної практики визнана дослідниками (А. Іванюшкін, І. Харді [291] та ін.) і зумовлена певними причинами, пов'язаними з сучасними соціально-економічними умовами. Аксіологічна основа медичної діяльності багатокomпонентна, варіативна, соціально і культурно обумовлена. Це сприяло появі нової концепції біоетики як особливо-специфічного культурного комплексу. Переосмислення медичних цінностей в контексті загальнолюдських цінностей в межах біоетики та загальної теорії моралі та духовності покликане сприяти процесу гуманізації медицини, яка переживає епоху зміни моральних парадигм.

Нині аксіологічний підхід є особливо актуальним у зв'язку з переполюсуванням світоглядних орієнтирів, виразною апологією скепсису, заданою постмодернізмом (Ф. Джеймісон, Р. Барт, Ж. Бодрійяр, Ж. Дельоз, Ф. Гваттарі, Ж. Деррида, М. Фуко, У. Еко, Ж. Лакан, Ю. Кристева, Р. Рорті, П. Слотердайк, М. Епштейн та ін.), де скепсис відпочатково позначає негачію стосовно людської реальності, передбачаючи необхідну дистанцію від предмета розгляду, а своєрідною методологічною настановою на сприймання пропонує сумнів. У зв'язку з цим аксіологічна реальність сучасної молодії людини розпадається, стає атомарно невпорядкованою, нагадуючи різнокольорову мозаїку без чітких геометричних візерунків. Це в сукупності приводить до особистісної та професійної деформації, позначеної незрілістю, неструктурованістю та аморфністю світоглядних переконань, що утруднює процес формування світоглядної культури. Уникнути деформації можна тільки за умови інтегрованого ціннісного світоглядного ядра, що формується на

основі ідеалів, що виражають здатність особистості до самовизначення, значимість її світоглядної самоактуалізації. У такому контексті світоглядний ідеал набуває статусу вищої досконалості і абсолютної цінності. Не можна не погодитися з тим, що «ідеали пов'язують цінності в єдине ціле, надаючи їм статусу об'єктивної стійкості в межах індивідуальної суб'єктивності. Унікальність справжніх цінностей в тому, що вони, попри недосконалість людини, постають виразниками її ідеальних устремлінь. Тому у всіх життєвих ситуаціях добро залишається добром, а любов – любов'ю. Ця постійність і визначає цілісність людини і її розвиток» [277, с. 241].

Відтак, світоглядними ідеалами можемо вважати тільки ті, що наділені універсальністю і позачасовістю, а тому, світоглядне самовизначення медичної сестри неможливе поза духовними координатами, що передбачають цінності вищого порядку.

Компетентнісний підхід у сучасному освітньому просторі орієнтований на досягнення успішної практичної самореалізації медичного працівника, здобуття ним важливих професійних навиків, оволодіння алгоритмом професійної діяльності. Поняття компетенція відтворює здатність індивіда належно розв'язувати усі життєві та професійні проблеми, що вимагає взаємодії його когнітивних і афективних навиків, мотиваційної та емоціональної сфери, ціннісних настанов. На думку В. Погрібної, компетенції, компетентності і метапрофесійні якості нині постають «принципово новими одиницями (конструктами) освіти» [212, с. 249], розвиток яких не може бути завершеним. Зауважимо, що процес формування світоглядної культури медичної сестри актуалізує не тільки професійні, а й базові, надпрофесійні компетенції, що сприяють соціальній адаптації індивіда, його затребуваності та побудові життєвих перспектив.

Вимоги до якості практичної підготовки фахівця в Україні регламентовано Законом України про вищу освіту, згідно з яким якість вищої освіти «відображає професійну компетентність, ціннісну орієнтацію, соціальну спрямованість особи і зумовлює здатність задовольняти як особисті духовні і матеріальні потреби, так і потреби суспільства» [89, с. 74]. Важливим у

контексті нашого дослідження є Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 223 «Медсестринство», у якому виокремлено такі групи компетентностей, як: інтегральні, загальні, спеціальні (фахові, предметні). Зауважимо, що згідно з вимогами Стандарту, з-поміж інших компетентностей виокремлено такі, що забезпечують процес формування світоглядної культури медичної сестри, а саме: здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності; здатність приймати обґрунтовані рішення; навички міжособистісної взаємодії; здатність діяти на основі етичних міркувань; застосовування професійних навичок (вмінь), медичних засобів, втручань та дій для забезпечення пацієнтові/клієнтові гідного ставлення, приватності/інтимності/конфіденційності, захисту його прав, фізичних, психологічних та духовних потреб на засадах транскультурального медсестринства, толерантної та неосудної поведінки [260]. Освітньо-професійна підготовка медичної сестри згідно з вимогами галузевого стандарту вищої освіти України не вичерпується означеним переліком компетентностей, однак здатність до формування світоглядної культури, що передбачає розкриття особистісного потенціалу студента, його вміння адаптуватися в умовах сучасного інформаційного простору, визнана однією з найбільш необхідних базових компетентностей, оскільки може поєднати актуальне теперішнє з майбутнім.

Гуманістичний підхід базується на ідеї людини та її життя як вищої цінності, що передбачає необхідність задоволення її базових життєвих потреб, право на здоров'я, життя і гармонійний розвиток, розкриття особистісного потенціалу, здатність до самовдосконалення і таку організацію суспільного життя, коли «людина усвідомлює себе неповторною й автономною особистістю, органічно вплетеною в систему національної та суспільної культури» [276, с. 21]. Передбачаючи глибинні трансформації американського суспільства, Дж. Б'юджентал писав: «Я гадаю, що ми на порозі нової ери у зацікавленості людини людиною. І якщо цьому процесові буде дозволено й далі йти тим самим шляхом, то нас чекають такі ж глибокі зрушення у людському житті, як ті, що були забезпечені здобутками фізичних наук у

минулому сторіччі» [46, с. 81]. Процес формування світоглядної культури медичного працівника має опиратися на основні положення гуманістичної парадигми, що були розроблені А. Булініним, Б. Вульфовим, Б. Гершунським, В. Сластьоніним та ін., які ставлять акцент на тому, що повноцінна професіоналізація відбувається тільки тоді, коли не пригнічується особистісне – світогляд, культура, свобода вибору, з чим, власне, й повинен узгоджуватися професійний вибір. Завдяки цьому професійна діяльність стає одним із варіантів повноцінного творчого буття, а служіння людині в умовах професійного середовища – реалізацією вищого покликання. Саме тому навчання у медичному коледжі має становити своєрідний соціокультурний плацдарм особистісного і світоглядного розвитку з чітко означеними векторами «як рости і в якому напрямку, що є добрим і що є поганим, що є бажаним і що небажаним, що обирати й чого не обирати» [167, с. 175]. На сьогодні значної ваги набувають соціокультурні координати, в межах яких вибудовується медичний дискурс. У його контексті гуманістичний підхід відсилає нас до основоположних культурних цінностей, орієнтуючи на унікальність та індивідуальність людини.

Синергетичний підхід у формуванні світоглядної культури медичної сестри базується на концептуальних ідеях про нелінійне, нестійке і самоорганізоване функціонування динамічних відкритих систем, що вільно обмінюються енергією та інформацією. Актуальність синергетики у сучасному світі зумовлена потребою пошуку адекватної відповіді на суспільні виклики в умовах кризового стану. Філософський словник визначає синергетику в статусі «міждисциплінарного напрямку наукових досліджень, що вбачає головним завданням пізнання загальних закономірностей і принципів, покладених в основу процесів самоорганізації у різних за своєю природою системах: фізичних, хімічних, біологічних,... соціальних тощо» [280, с. 511]. Зважаючи на це, прикладом такої системи можна вважати людину. Синергетика відкриває нові підходи і рівні не тільки до її здоров'я, тілесності, а й морального та культурного образу. Функціональна сутність самоорганізованих процесів полягає у самозбереженні, самовдосконаленні та самовідтворенні

певного ладу у структурі та функціонуванні системи. У цьому контексті лікування постає своєрідною реорганізацією організму, що вимагає знання власних законів та еволюції. Це значною мірою полегшує розуміння клінічної ситуації, вимагаючи від медичного працівника нового світогляду і стилю мислення, що здобувається у процесі навчання.

Зауважимо, що професійне навчання медичної сестри передбачає наявність таких внутрішніх механізмів самоорганізації, які допомагають вибрати оптимальний спосіб професійної самореалізації і виходу на новий рівень саморозвитку. Згідно із синергетичним підходом, навчальний процес у медичному закладі передбачає вихід за рамки традиційної освітньої моделі, що означає розширення їх меж, трансформацію нелінійності, максимальне використання внутрішніх можливостей студента, що резонують із зовнішніми впливами. Шляхом зміни одного ієрархічного рівня системи відбувається зміна вищого рівня, що актуалізує динамічну пам'ять, внаслідок чого кожному здобутому рівню самоорганізації властива власна упорядкованість. Це зумовлює самоорганізацію не тільки цілої системи, а й окремих підсистем, однією з яких постає світоглядна культура із специфічним порядком взаємодії усіх її елементів.

Інтегративно-діяльнісний підхід покладає в основу світоглядно-культурного становлення процес творення та опредметнення творчих здібностей індивіда, внаслідок чого він набуває статусу соціокультурного суб'єкта, якому підвладні культурні цінності. Означений *підхід* передбачає власну експлікацію через з'ясування семантики понять «інтеграція» та «діяльність» і співвіднесення їх з предметом дослідження. У такому зрізі діяльність позначає безперервність професійної підготовки медичних сестер, а відповідно діяльнісний підхід являє собою «сукупність теоретико-методологічних та конкретно-емпіричних досліджень, в яких психіка та свідомість, їх формування та розвиток вивчаються в різних формах предметної діяльності суб'єкта або розглядаються як особливі форми (види) цієї діяльності, похідні від зовнішніх практичних її форм» [145, с. 89]. Натомість поняття інтеграція апелює до цілісності та системності і пропонує брати до

уваги якісні та кількісні перетворення елементів системи, організовуючи процес формування світоглядної культури у контексті цілісного медико-психологічного знання. Інтегративно-діяльнісний підхід базується на принципах цілеспрямованої діяльності (Б. Ананьєв, А. Леонтьєв), єдності свідомості та діяльності (С. Рубінштейн). У змістовому полі нашого дослідження особливе значення має культурно-історична концепція розвитку вищих психічних функцій Л. Виготського, згідно з якою «особистість ... не вроджена, але виникає у результаті культурного розвитку, тому «особистість» є поняття історичне. Вона охоплює єдність поведінки, що вирізняється ознакою оволодіння» [54, с. 315]. Як відстежує Л. Виготський, процес формування світоглядної культури великою мірою зумовлений тим, наскільки людський організм може протидіяти генетично запрограмованим, інстинктивним формам поведінки. У контексті формування культурних координат особистісного розвитку медичної сестри, згідно з Ю. Хайрулліною, світоглядна діяльність постає у кількох вимірах:

- 1) світоглядна діяльність як пояснювальний принцип, що виражає універсальну підставу чи універсальну характеристику людського світу;
- 2) світоглядна діяльність як предмет об'єктивного наукового вивчення, тобто те, що членується і відтворюється в теоретичному дискурсі певної наукової дисципліни відповідно до її методологічних принципів;
- 3) світоглядна діяльність як предмет управління – те, що підлягає організації в систему функціонування і (або) розвитку на основі сукупності фіксованих принципів;
- 4) світоглядна діяльність як предмет проектування, тобто виявлення способів і умов оптимальної реалізації певних (переважно нових) видів діяльності;
- 5) світоглядна діяльність як цінність, тобто аналіз ролі, яку виконує діяльність в різних системах культури [289, с.78-79].

Таким чином, інтегративно-діяльнісний підхід стає важливою методологічною опорою формування світоглядної культури медичних сестер.

Однак, теоретико-методологічний блок дослідження не вичерпується означеними підходами. Він також містить низку принципів, які актуалізують як предмет дослідження, так і сприяють оптимальному досягненню поставленої мети. До таких принципів відносимо: принцип єдності теорії і практики, принцип цілісності, принцип суб'єктності, принцип науковості, принцип культуровідповідності, принцип рефлексії, принцип активності.

Так, відповідно до принципу єдності теорії і практики, світоглядна культура медичної сестри актуально проектується у професійно-практичний вимір, у якому виразно окреслюються моральні та аксіологічні чинники діяльності, здійснюється вибір стратегії і тактики професійних відносин, визначається власне місце у майбутній діяльності. Сучасна професійна практика медичної сестри передбачає проведення долікарського огляду, профілактичних оглядів, діагностику і медичні маніпуляції, забезпечення сестринськими послугами хворих з найбільш поширеними захворюваннями та ін. Однак цілеспрямованість та ефективність практичної підготовки значною мірою залежить від рівня здобутих у коледжі теоретичних знань та особистісної культури студента, що опирається на світоглядні настанови та переконання.

Принцип цілісності стверджує потребу формування світоглядної культури у цілісності її елементів, що взаємодіють між собою. Розглядаючи становлення світоглядної культури особистості в умовах професійної освіти, Г. Позизейко вважає її «цілісною, фундаментальною, універсальною та інтегративною особистісною характеристикою» [214, с. 5], що представлена складним комплексом стійких рис майбутнього фахівця, які визначають його соціальну та професійну компетентності, а також духовно-моральну зрілість. Вона проявляється передусім у причетності до вищих культурних ідеалів, готовності розвивати традиційні цінності та надбання свого народу.

Принцип суб'єктності апелює до свідомості медичної сестри, націлюючи її на самостійне осмислення усіх наявних зв'язків зі світом культури шляхом рефлексії та розвитку здатності усвідомлювати власне Я, аналізувати власні вчинки, відстоювати власну громадянську та світоглядну

позицію, протистояти негативним проявам. Позначаючи вищий рівень активності, цілісності та автономності, принцип **суб'єктності** експлікує внутрішній план особистості, націлює на розкриття активно-творчого начала в людині. У медичній діяльності особливо актуалізується свобода вибору та відповідальності за нього.

Принцип науковості орієнтує педагогічний процес на розвиток пізнавальної активності студентів медичного коледжу шляхом активної участі у наукових диспутах, круглих столах та інших видах наукової діяльності. Цей принцип актуалізується у процесі організації навчання, передбачаючи вміння вирішувати проблемні ситуації, фіксувати результати наукових спостережень, користуватися науково-бібліографічними джерелами. Визначаючи зміст і структуру освітнього процесу, цей принцип стає регулятором навчальної діяльності у медичному закладі.

Принцип культуровідповідності передбачає формування особистості на основі культурно-історичної традиції свого народу, в координатах якої здійснюється процес соціалізації та культурної ідентифікації. Запропонований та обґрунтований А. Дистервегом, цей принцип актуалізує вимоги конкретної культури в ролі важливих чинників соціальної адаптації та гармонізації індивіда. «Будь-який стан культури певного народу являє собою основу, базу, дещо дане і реальне, з якого розвивається наступний стан. Тому той ступінь культури, на якому ми тепер перебуваємо, висуває нам вимогу діяти відповідно до нього, якщо тільки ми прагнемо хороших результатів. Іншими словами, ми повинні поступати культуровідповідно» [78, с. 195]. Зважаючи на це, підкреслимо, що формування світоглядної культури медичного працівника суттєво залежить від історично досягнутого рівня культури, феноменом якої є виховний ідеал, якому однозначно має відповідати сучасний фахівець. Його світоглядна культура є засобом збереження і трансляції духовних та професійних цінностей та засад моральної поведінки.

Принцип рефлексивності є основою переосмислення та перебудови індивідом змісту власної свідомості, діяльності та поведінки, що особливо актуально для формування світоглядної культури особистості. Означений

принцип забезпечує розвиток критичного погляду на себе та професійне середовище, визначає місце і роль майбутнього медика у професійній діяльності, оцінку її результатів та рівня особистісного розвитку.

Принцип активності, як основоположний у навчанні та вихованні і націлений на розширення сфери пізнавальної діяльності особистості, уперше був виокремлений українським педагогом К. Ушинським. Його реалізація впливає на формування світоглядної культури майбутньої медичної сестри, передбачаючи актуалізацію її творчої ініціативи, неординарних підходів до вирішення професійних завдань, вміння оперативно діяти в нестандартних ситуаціях. Майбутня медична сестра має націлювати свою пізнавальну активність на інноваційні підходи, узгоджуючи їх з уже набутими знаннями.

Наступним блоком структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутньої медичної сестри засобами реалізації деонтологічного підходу визначено *процесуально-змістовий*. Він дозволяє відстежити динаміку досліджуваного предмета, окреслити його змістові параметри, визначити компонентну структуру та її критеріальні засади, а також показники та рівні сформованості. З огляду на сутнісно-сміслову основу дослідження нами визначено наступні компоненти формування світоглядної культури майбутньої медичної сестри засобами реалізації деонтологічного підходу: мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний. Вони узгоджуються із наступними критеріями цього процесу, доцільність вибору яких обґрунтована відповідними показниками: аксіологічний (наявність у майбутніх медичних сестер інтересу до формування світоглядної культури в обраній професії; прагнення майбутніх медичних сестер до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури; ставлення до професії як цінності та усвідомлення її особистісного та культурного змісту); інтелектуальний (знання студентами основних понять, підходів та вимог деонтології у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер; наявність фахових і соціально орієнтованих знань, які свідчать про сформованість світоглядної культури; вільне оперування базовою медичною термінологією для розв'язання професійних та культурно-

світоглядних завдань); гуманістичний (усвідомлення соціально-культурної сутності діяльності медичної сестри крізь призму здатності до емпатії, піклування, співпереживання в особистісній взаємодії з хворими; становлення стійких морально-світоглядних орієнтирів шляхом дотримання морально-етичного кодексу у повсякденній професійній діяльності; організація та вдосконалення самоосвіти та саморозвитку, спрямованих на становлення світоглядних культурно-особистісних імперативів) процесуальний (здатність до формування світоглядної культури на основі здійснення ефективної комунікації для взаємодії з професійним та соціально-культурним середовищем; удосконалення практичних навичок особистісної взаємодії із пацієнтами; здатність до творчих та світоглядно орієнтованих рішень під час виконання типових і нетипових професійних завдань).

З допомогою визначених критеріїв та показників ми діагностували початковий, середній, достатній та високий рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу, що відображає контрольно-результативний блок моделі (рис. 2.2).

Таким чином, цільовий, теоретико-методологічний, процесуально-змістовий та контрольно-результативний блоки, що постають складовими розробленої структурно-функціональної моделі, відтворюють фундаментальну стратегію змін у процесі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу, що дозволило створити оптимальну модель світоглядно-культурної зрілості медичної сестри, що набувається шляхом професіоналізації під час навчання у медичному коледжі.

Спроектована й науково обґрунтована модель містить мету та завдання, педагогічні підходи, загальнопедагогічні та специфічні принципи, компонентну структуру досліджуваного феномена, організаційно-педагогічні умови, зміст, форми й методи їх реалізації; критерії та показники сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

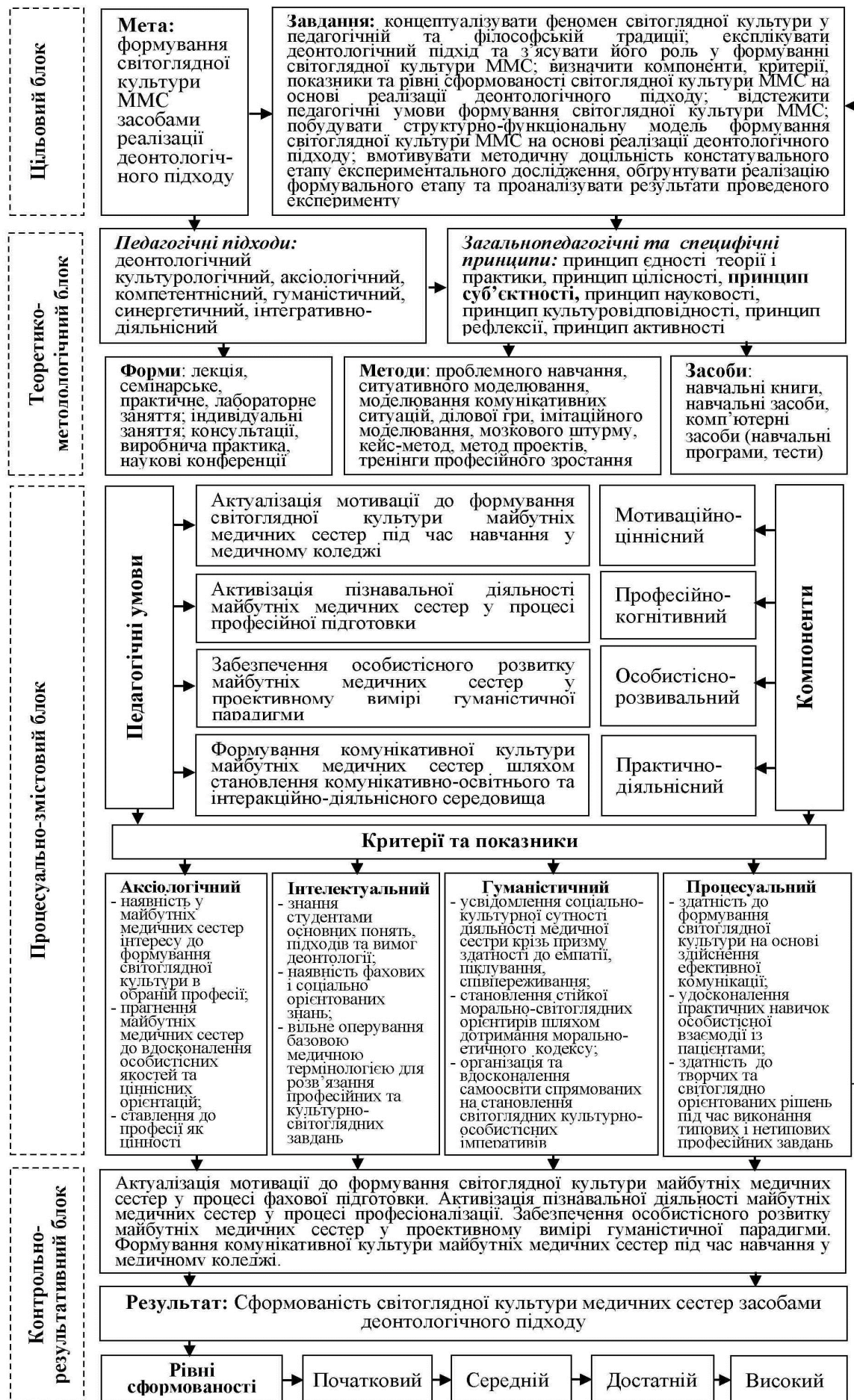


Рис. 2.2 Структурно-функціональна модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Висновки до другого розділу

Таким чином, процес формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу передбачає низку компонентів, серед яких: мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний. Якісний вимір та ступінь прояву певних компонентів, їх рівні, за якими можна судити про наявність у медичного персоналу сформованої світоглядної культури відображають *критерії світоглядної культури*. *Показники світоглядної культури* являють собою міру вираженості у поведінковій парадигмі майбутніх медичних сестер певної світоглядної культури за кожним із критеріїв, *рівні сформованості світоглядної культури* – це величина розвитку у суб'єкта медичної діяльності світоглядної культури.

Відтак, критеріями сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу постають: аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний. Початковий, середній, достатній та високий рівні сформованості світоглядної культури визначено на основі показників кожного критерію. Вони дозволили здійснити початкову діагностику сформованості професійно-особистісної ідентичності майбутніх фахівців сестринської справи та належно організувати психолого-педагогічний експеримент.

Педагогічними умовами формування світоглядної культури майбутніх медичних сестеру нашому дисертаційному дослідженні постають:

1. Актуалізація мотивації до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі.
2. Активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки.
3. Забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проєктивному вимірі гуманістичної парадигми.

4. Формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер шляхом становлення комунікативно-освітнього та інтеракційно-діяльнісного середовища.

Їх реалізація має комплексний характер і дозволяє окреслити перспективи формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер шляхом трансформації вітчизняного педагогічного досвіду та реалізації сучасних освітніх інноваційних підходів.

Складовими спроектованої структурно-функціональної моделі у нашому дослідженні постають цільовий, теоретико-методологічний, процесуально-змістовий та контрольно-результативний блоки. Вони послідовно відображають мету та завдання, педагогічні підходи, загальнопедагогічні та специфічні принципи, компонентну структуру, організаційно-педагогічні умови, зміст, форми й методи їх реалізації; критерії та показники сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Основні наукові положення розділу викладено в опублікованих працях [5, 7, 15, 16].

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ СВІТОГЛЯДНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАСОБАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕОНТОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ

3.1. Організація експериментального дослідження

Сучасний стан педагогічних досліджень у галузі професійної освіти характеризується значною кількістю інноваційних педагогічних ідей, підходів, концепцій. Головним завданням за таких умов виступає об'єктивна оцінка якості нових педагогічних поглядів шляхом застосування об'єктивних експериментальних засобів та заходів. Педагогічний експеримент – це своєрідно сконструйований і здійснений педагогічний процес, що охоплює принципово нові його елементи і поставлений таким чином, що дає можливість глибше, ніж звичайно, бачити зв'язки між різними його сторонами і точно враховувати результати внесених змін [265]. Тобто це певний контрольований вплив, який, відповідно до мети педагогічного дослідження, дозволяє встановити певні його зв'язки та закономірності.

Перевірка ефективності реалізації педагогічних умов та моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу полягає у доведенні (спростуванні) дієвості теоретичних аспектів авторських педагогічних підходів (розділ 2) у поєднанні із практичною перевіркою продуктивності наукової гіпотези та підтвердженні достовірності релевантності [60] емпіричних результатів.

Під час організації експериментального дослідження ефективності запропонованих підходів формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу нами визначено мету, залежну та незалежну змінну експериментальної перевірки, її етапи, а також методи статистично-математичної обробки емпіричних даних [60; 88; 195].

Мета експерименту – визначення, розробка та експериментальна перевірка педагогічних умов та моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Педагогічний експеримент у галузі професійної підготовки проводиться у «природних» умовах, тобто у процесі навчальної діяльності. Перевірка ефективності авторської моделі та виявлених педагогічних умов її реалізації шляхом порівняння кількісних і якісних показників сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу потребує певної логічної етапності експериментального дослідження. Як правило, вирізняють констатувальний, формувальний та контрольний педагогічний експеримент. Однак завдання та мета нашого дослідження детермінують певну синергію та уточнення структурно-алгоритмічної моделі вказаних видів педагогічного експерименту (рис.3.1).

Експеримент тривав протягом 2016–2020 років й проводився у три взаємопов'язаних етапи:

Констатувальний етап (2016–2017 рр.) експериментальної перевірки передбачав теоретичний комплексний аналіз філософської, педагогічної, психологічної, методичної літератури, вивчення нормативно-правового забезпечення провадження освітньої діяльності у сфері підготовки майбутніх медичних сестер. Під час констатувального етапу дослідження проаналізовано передовий вітчизняний та зарубіжний педагогічний досвід формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, встановлено перелік закладів, які забезпечують підготовку фахівців зазначеного профілю в Україні та вивчено локальні особливості її перебігу. Крім того, встановлено експериментальну базу дослідження, обґрунтовано склад учасників експерименту (здобувачів вищої освіти та викладачів), методику діагностування рівня сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер.



Рис. 3.1. Структурно-алгоритмічна модель експериментальної перевірки педагогічних умов та моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Експеримент проводився на базі комунального закладу вищої освіти «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», комунального закладу вищої освіти «Криворізький медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради та Хмельницького базового медичного коледжу. До експерименту було залучено 309 студентів II курсу, з яких 101 студент з

Рівненської медичної академії, 55 студентів з Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, 104 – Криворізького медичного коледжу, 59 – Хмельницького базового медичного коледжу та 12 викладачів (експериментатори).

З метою дослідження формування світоглядної культури було застосовано такі методики визначення рівня світоглядної культури медичних сестер:

1. Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокича (див. додаток Б).
2. Методика «Вивчення мотивів навчальної діяльності студентів», запропонована А. Реан і В. Якуніним (див. додаток В).
3. Методика «Вивчення мотивації навчання у виші» Т. Ільїна (див. додаток Д).
4. Методика «Визначення рівня самоактуалізації особистості» (див. додаток П).
5. Методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса (див. додаток Р).
6. Методика «Діагностика рівня емпатії» І. Юсупова (див. додаток Л).
7. Методика оцінки психологічної атмосфери в колективі за А. Фідлером (див. додаток Х).

Описані методики покладені в основу анкет, зокрема «Оцінювання рівня сформованості у майбутніх медичних сестер світоглядної культури викладачами закладу освіти, які здійснюють фахову підготовку медичного персоналу розробки» (див. додаток А), модифікованої автором анкети «Базові цінності у структурі моральнісно-професійних цінностей майбутньої медичної сестри» Т. Корнаухової (див. додаток М); тестів-опитувальників для визначення вихідного рівня світоглядної культури (до впровадження авторської моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу) – констатувального діагностування (див. додатки Е, И, К) та контрольного діагностування (див. додатки Т, У); ситуаційно-творчих та практичних завдань (див. додатки С, Ф, Ц) та ін.

До компонентів світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу можна віднести такі, як: мотиваційно-

ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний.

Рівень сформованості кожного із означених компонентів визначалася за допомогою критеріїв: аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний.

На основі **показників** кожного критерію проведено діагностування сформованості у майбутніх медичних сестер світоглядної культури засобами деонтологічного підходу. Так, рівень сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу за мотиваційно-ціннісною компонентою (аксіологічний критерій) визначався за допомогою таких показників як: наявність у майбутніх медичних сестер інтересу до формування світоглядної культури в обраній професії; прагнення майбутніх медичних сестер до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури; ставлення до професії як цінності та усвідомлення її особистісного та культурного змісту. Зокрема, наявність у майбутніх медичних сестер інтересу до формування світоглядної культури в обраній професії діагностується нами завдяки розробленій автором анкети «Оцінювання рівня сформованості у майбутніх медичних сестер світоглядної культури викладачами закладу освіти, які здійснюють фахову підготовку медичного персоналу» (див. додаток А); прагнення майбутніх медичних сестер до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури – за допомогою методик «Ціннісні орієнтації» Рокича (див. додаток Б), «Вивчення мотивів навчальної діяльності студентів», запропонованої А. Реаном і В. Якуніним (див. додаток В) та «Вивчення мотивації навчання у виші» Т. Ільїна (див. додаток Д); ставлення до професії як цінності та усвідомлення її особистісного та культурного змісту – у зрізі авторської розробки «Тесту опитування на мотивацію до вибору професії медичної сестри» (див. додаток Г).

Водночас професійно-когнітивний компонент за інтелектуальним критерієм діагностування рівня сформованості світоглядної культури

майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу визначався за допомогою таких показників, як: знання студентами основних понять, підходів та вимог деонтології у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер; наявність фахових і соціально орієнтованих знань, які свідчать про сформованість світоглядної культури; вільне оперування базовою медичною термінологією для розв'язання професійних та культурно-світоглядних завдань. Діагностування показників вище зазначеного компонента здійснюється шляхом розроблених автором використання методів анкетування, тестування і виконання комплексних та індивідуально-творчих завдань та завдань у формі творів-есе, а саме: тесту «Оцінки рівня володіння студентами засадничих принципів деонтології» (див. додаток Е), «Комплексу завдань для контролю початкового рівня знань» (див. додаток И), «Комплексу завдань початкового оцінювання знань та вільного оперування фаховою термінологією» (див. додаток К), творі-есе студентки IV курсу відділення «Лікувальна справа» Олени Собчук на тему «Деонтологія в роботі медичної сестри» (див. додаток Ж).

Дослідження особистісно-розвивального компонента сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу за гуманістичним критерієм пропонувалось здійснювати за такими показниками як: усвідомлення соціально-культурної сутності діяльності медичної сестри крізь призму здатності до емпатії, піклування, співпереживання в особистісній взаємодії з хворими; становлення стійких морально-світоглядних орієнтирів шляхом дотримання морально-етичного кодексу у повсякденній професійній діяльності; організація та вдосконалення самооцінки, саморозвитку та самоактуалізації, спрямованих на становлення світоглядних культурно-особистісних імперативів. У цьому контексті визначення окресленого компонента проводилось шляхом використання методик І. Юсупова «Діагностика рівня емпатії» (див. додаток Л), «Визначення рівня самоактуалізації особистості», розробленої М. Прищак (див. додаток П), «Методики діагностики особистості на мотивацію до успіху» Т. Елерса (див. додаток Р), модифікованої анкети «Базові цінності у структурі моральнісно-

професійних цінностей майбутньої медичної сестри» за методикою Т. Корнаухової (див. додаток М) та адаптованого тесту для самооцінки студентів-медиків «Яка я медична сестра?» за методикою Г. Стечак (див. додаток Н).

Рівень сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу за практично-діяльнісним компонентом (процесуальний критерій) визначався за наступними показниками, а саме: здатність до формування світоглядної культури на основі здійснення ефективної комунікації для взаємодії з професійним та соціально-культурним середовищем; удосконалення практичних навичок особистісної взаємодії із пацієнтами; здатність до творчих та світоглядно орієнтованих рішень під час виконання типових і нетипових професійних завдань. Діагностування вище зазначених показників практично-діялісного компонента за процесуальним критерієм передбачав застосування «Методики оцінки психологічної атмосфери в колективі» за А. Фідлером (див. додаток Ф), виконання, розроблених автором практичних завдань (див. додаток С), ситуаційно-творчих завдань (див. додаток Ф), завдань на виконання практичних навичок початкового рівня знань на основі алгоритмів (див. додаток Ц).

Результати, отримані на основі реалізованих нами методик на констатувальному етапі педагогічного експерименту, показали недостатність сформованість мотиваційно-ціннісного, професійно-когнітивного, особистісно-розвивального та практично-діялісного компонентів. У зв'язку з цим вагомим етапом нашої наукової розвідки постає формувальний етап експериментального дослідження для здійснення перевірки ефективності реалізації педагогічних умов та структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу на заняттях з дисциплін «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», «Медична етика і деонтологія в медсестринстві», «Основи медсестринства».

Диференціювання сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер здійснювалося за такими рівнями: початковий, середній, достатній та високий.

За результатами констатувального діагностування рівня сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер загальну вибірку було розділено на експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ). Варто підкреслити, що попередній розподіл здійснювався за двома критеріями: максимально однакові числові показники середнього бала констатувального діагностування; максимально однакова кількість учасників КГ та ЕГ. Варто розуміти, що за такої кількості учасників експерименту забезпечити реалізацію двох вище описаних критеріїв практично неможливо, тому кількісні показники учасників КГ та ЕГ, а також результати діагностування варіювалися в межах 5% похибки, тобто $\Delta x \geq 0,95$ (формула 1, формула 2).

$$\Delta b = \frac{b_1}{b_2} \geq 0,95 \quad (1)$$

де b_1 – середній показник сформованості світоглядної культури в учасників КГ, де b_2 – середній показник сформованості світоглядної культури в учасників ЕГ

$$\Delta x = \frac{xR_1}{xR_2} \geq 0,95 \quad (2)$$

де xR_1 – кількість учасників КГ, xR_2 – кількість учасників ЕГ

У процесі попереднього розподілу учасників на КГ та ЕГ ми керувалися принципами попарного відбору реально існуючих груп та рандомізації (процес випадкового розподілення учасників) [49, с. 192].

З метою статистично-математичної перевірки емпіричних результатів експерименту в контрольних (КГ) та експериментальних (ЕГ) групах нами було висунуто дві гіпотези:

H_0 – гіпотеза свідчить про відсутність відмінностей між учасниками КГ та ЕГ – тобто групи на етапі констатувального діагностування вважаються подібними. За таких умов одна із груп може виступати у ролі контрольної (КГ);

H_1 – відмінності між учасниками КГ та ЕГ є суттєвими – подальше проведення експериментальних заходів неможливе.

Головною умовою подальшого провадження експериментальної перевірки виступає подібність учасників КГ та ЕГ. З метою встановлення подібності або ж відмінності між контрольною та експериментальною вибіркою доцільно використати критерій Стюдента із різними дисперсіями (t -критерій Стюдента) – (формула 3).

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1) \cdot s_1^2 + (n_2 - 1) \cdot s_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}} \quad (3)$$

де \overline{X}_1 і \overline{X}_2 – середні арифметичні значення, s_1^2 і s_2^2 – дисперсії контрольної та експериментальної вибірок, n_1 і n_2 – обсяги контрольної та експериментальної вибірок.

Обов'язковою умовою використання t -критерію Стюдента є перевірка нормальності розподілу даних в обох вибірках (КГ та ЕГ). Аналізуючи значну кількість наукових досліджень нами виділено три найбільш апробовані критерії перевірки відповідності емпіричних даних нормальному закону розподілу, а саме: критерій Ліллієфорса, критерій Шапіро-Уїлка та критерій Колмогорова-Смирнова. Відзначимо, що у більшості програмного забезпечення для статистично-математичної обробки результатів досліджень перевірка даних на нормальність розподілу здійснюється за допомогою К-S критерію Колмогорова-Смирнова (формула 4). Тому в нашому дослідженні ми послуговувалися саме цим методом:

$$\lambda = d_{\max} \times \sqrt{\frac{n1 \times n2}{n1 + n2}} \quad (4)$$

У разі підтвердження відповідності емпіричних даних констатувального діагностування сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер нормальному закону розподілу правомірно можна використати t -критерій Стюдента. Статистичне значення критерію обрано на 5% рівні значущості ($p > 0,05$), що притаманно для більшості педагогічних досліджень [184, с. 295–299].

Тобто, за умови, якщо статистична значущість t -критерію перевищуватиме показник 0,05, це свідчитиме про так звану гомогенність (однорідність) КГ та ЕГ, й дозволить продовжувати експериментальні заходи. Якщо ж статистична значущість t -критерію буде меншою аніж 0,05 це засвідчить те, що КГ та ЕГ є статистично неподібними й унеможливить провадження подальшої експериментальної перевірки.

Резюмуючи описане, можна констатувати, що констатувальний етап експериментальної перевірки передбачав вивчення стану традиційного підходу формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, проведення діагностування сформованості світоглядної культури в учасників експерименту і шляхом статистично-математичної обробки емпіричних даних, виокремлення контрольних та експериментальних груп.

Формувальний етап (2017–2019 рр.) передбачав безпосередню перевірку ефективності моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу, яка включала у контексті обґрунтованих наукових підходів зміст, форми, методи та засоби навчання майбутніх медичних сестер.

Формувальний етап експерименту проводився на основі паралельної структури дослідження [86]. Тобто в ЕГ вводиться в дію активний фактор впливу – модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу, а в КГ – едукативний процес залишається незмінним.

Розвиток світоглядної культури, в рамках експериментальної перевірки, ми розглядали як комплексне організаційно-педагогічне явище довготривалого характеру. У рамках формувального етапу експерименту вивчався практичний досвід формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер у навчальних закладах експериментальної бази дослідження, а саме вивчалися організаційні особливості проведення освітньої діяльності (форми організації освітнього процесу, способи взаємодії викладачів та здобувачів вищої освіти), навчально-методичне забезпечення, кваліфікація викладачів, методи навчання, тощо. Такий аналіз здійснювався у КГ з метою забезпечення «природності»

експерименту, тобто для мінімізації різних сторонніх нестандартних впливів на здобувачів вищої освіти. Для цього підготовка учасників експерименту проводилася без зміни викладача, для того щоб вони не відчули змін умов навчання.

Інтеграція моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу передбачала постійне спостереження за учасниками КГ та ЕГ, адаптацію навчально-методичного забезпечення, проведення поточного діагностування, корегування експериментальних методик.

Формувальний етап експерименту передбачав інструктування педагогічних та науково-педагогічних працівників медичних коледжів, які впроваджували у навчальний процес авторську модель та реалізували педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Підготовка викладачів-експериментаторів охоплювала проведення методичних семінарів, тренінгів, інструктажів.

Під час формувального етапу нашого дослідження нами отримано певні проміжні висновки – новий педагогічний досвід інтеграції деонтологічного підходу у процес формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, шляхом спостереження, анкетування, тестування, опитування учасників ЕГ та КГ. З метою фіксації усіх змін, певних закономірностей, особливостей ми використали підхід О. Рудницької, яка рекомендує використовувати порівняльні таблиці у експериментальній роботі [86]. Формувальний етап нашого дослідження фіксувався у таблиці паралельного експерименту (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

**Зведена таблиця фіксування результатів формувального етапу
експерименту**

Група	Дані експериментальної роботи	Експериментальні умови	Дані в кінці експерименту	Статистичні показники
КГ				
ЕГ				

Варто відзначити, що з метою підвищення об'єктивності результатів експерименту спостереження здійснювалося за різними академічними групами, які входили до загальної експериментальної вибірки, аби мінімізувати ефект особливостей тієї чи іншої групи.

Таким чином, формувальний етап експерименту дозволяє зіставити уже існуючі підходи формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер та нові (параграф 2.2 та 2.3) – експериментальні.

Контрольний етап (2020 р.) передбачав збір, систематизацію та аналіз отриманих емпіричних даних під час інтеграції моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у освітній процес закладів вищої освіти.

Таблиця 3.2

Розподіл рівнів сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер

№ з/п	Рівень	Числовий показник
1	Початковий	50-64
2	Середній	65-77
3	Достатній	78-89
4	Високий	90-100

Оцінювання рівня сформованості світоглядної культури здійснювалася окремо за мотиваційно-ціннісним, професійно-когнітивним, особистісно-розвивальним, практично-діяльнісним компонентами за 100-бальною шкалою. Диференціація результатів контрольного діагностування проводилася за початковим, середнім, достатнім та високим рівнями (таблиця 3.2).

З метою зіставлення емпіричних розподілів рівня сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер за чотирма компонентами (мотиваційно-ціннісним, професійно-когнітивним, особистісно-розвивальним, практично-діяльнісним) нами використано χ^2 критерій Пірсона (формула 5).

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^k \frac{(f_{\text{конт}} - f_{\text{конст}})^2}{f_{\text{конст}}} \quad (5)$$

де, χ^2 – емпірична частота прояву рівня під час контрольного діагностування сформованості світоглядної культури,

j – порядковий номер, k – кількість компонентів світоглядної культури майбутніх медичних сестер; f – сума числових показників діагностування світоглядної культури за рівнями сформованості.

У рамках контрольного етапу експериментальної перевірки здійснювалася статистично-математична обробка отриманих емпіричних даних усіх етапів дослідження. З метою оптимізації вказаного процесу нами використаний табличний редактор WPS Office Calc – для структурування й сортування результатів констатувального й контрольного діагностування, а також програмні комплекси SPSS версії 15.0 й PSPP версії 3.0 – для обчислення критеріїв використаних у дослідженні. Результати експериментальної роботи та обробки емпіричних даних більш детально представлено у параграфі 3.3.

Важлива роль контрольного етапу експерименту полягала у підведенні підсумків, формуванні узагальнень й формулюванні висновків дослідження вцілому. Представлена методика та апарат експерименту дозволив здійснити на високому рівні експериментальну перевірку ефективності моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу й отримати об'єктивні та достовірні результати.

3.2. Реалізація формувального етапу експерименту

Формувальний етап експерименту – це комплекс спеціально розроблених заходів, метою яких є зміна, удосконалення або формування певних якостей в учасників експерименту. На думку П. Папковської, «формувальний експеримент включає активну зміну структури і функції об’єкта дослідження у відповідності із гіпотезою, що вивчається, формування нових зв’язків і відносин між елементами системи, що вивчається. Відповідно до висунутої гіпотези, дослідник навмисно створює певні умови, які мають сприяти формуванню нових властивостей і якостей об’єкта» [202, с. 72.]. На відміну від констатувального та контрольного етапів дослідження, формувальний етап характеризується активними діями експериментатора, упровадження спланованих інновацій, які відповідають меті та завданням дослідження.

Опишемо перебіг та проаналізуємо результати формувального етапу дослідження, який тривав упродовж 2016-2020 років. Усі 309 учасників експерименту навчалися у дванадцяти академічних групах чотирьох навчальних закладів, які входили до експериментальної бази дослідження. Попередній розподіл учасників був здійснений наступним чином: 6 академічних груп входило до контрольної вибірки (153 здобувача вищої освіти); іще 6 до експериментальної (156 здобувачів вищої освіти). Підставивши дані у формулу 2 отримали показник 0,98, що перевищує 0,95 і дозволяє провадити подальшу експериментальну перевірку, тобто здійснити попередній розподіл учасників загальної вибірки на представників КГ та ЕГ.

Кількісний розподіл експериментальної вибірки відбувався без поділу академічних груп ЗВО, які входили до експериментальної бази дослідження (рис. 3.2). Таке організаційне рішення обґрунтоване потребою мінімізації змін освітнього середовища та навчального процесу, оскільки чинник зміни складу досліджуваної групи може впливати на освітньо-пізнавальну діяльність здобувачів вищої освіти, а, як наслідок, – на достовірність отриманих емпіричних даних.

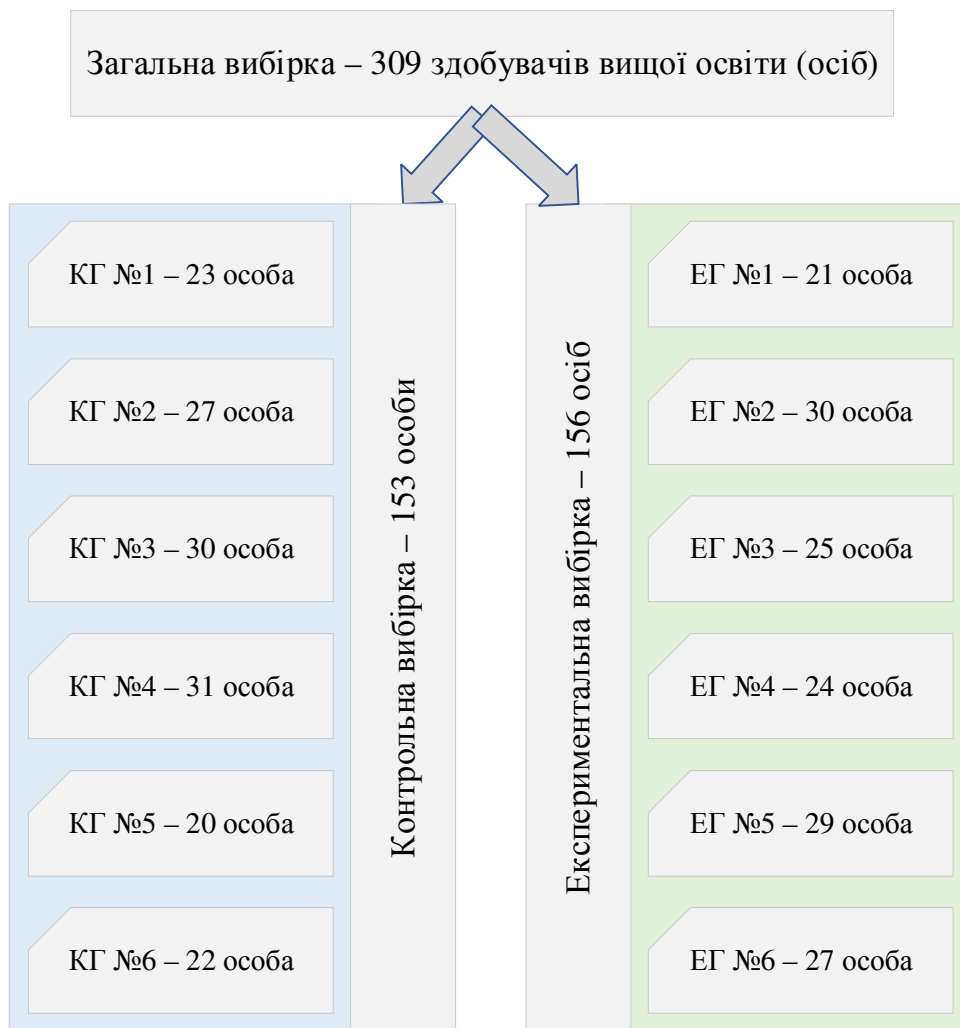


Рис. 3.2. Кількісне диференціювання учасників академічних груп загальної вибірки до контрольної та експериментальної

У рамках формувального етапу дослідження нами окремо здійснювалося спостереження за учасниками контрольних та експериментальних груп. Особлива увага приділялася навчальній активності студентів, особливостям міжособистісної взаємодії у академічній групі, способам взаємодії із викладачами.

Варто відзначити, що розподіл учасників загальної вибірки до контрольної та експериментальної також відбувався із урахуванням рівня їхніх академічних досягнень. Так, аналіз журналів академічних груп, а також іншої документації, у якій зафіксовані результати проміжного та семестрового контролю навчальних досягнень здобувачів вищої освіти, засвідчили, що середній бал за усіма навчальними циклами дисциплін учасників КГ складає

78,2 бали, а в учасників ЕГ – 77,9 балів. Таким чином, кількісні та якісні показники учасників КГ та ЕГ перебували на одному рівні.

З метою ефективного упровадження положень структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу та педагогічних умов необхідним постало питання об'єктивного та якісного відбору викладачів-експериментаторів, які інтегрували основні результати нашого дослідження в освітній процес ЗВО, які входили до експериментальної бази дослідження.

Відбираючи викладачів-експериментаторів, ми враховували їхній педагогічний стаж роботи, медичний стаж роботи, наявність друкованих наукових праць з проблем формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, наявність авторського навчально-методичного забезпечення (посібників, рекомендації, електронних та мережевих освітніх ресурсів) із дисциплін, у рамках яких здійснюватимуться заходи формувального етапу дослідження, участь у заходах щодо підвищення рівня світоглядної культури.

З метою розрахунку коефіцієнта по кожному із 12 викладачів нами введені коефіцієнти для кожного із критеріїв відбору за кількістю прояву показника.

Для показника №1 «педагогічний стаж роботи» відповідають такі значення: до 5 років – 0,3; від 5 до 10 років – 0,4; від 10 до 15 років – 0,5; від 15 до 20 років – 0,6; понад 25 років – 0,7.

Для показника №2 «медичний стаж роботи» відповідають такі значення: 1 до 5 років – 0,3; від 5 до 10 років – 0,4; від 10 до 15 років – 0,5; від 15 до 20 років – 0,6; понад 25 років – 0,7.

Для показника №3 «наявність друкованих праць із досліджуваної проблематики» відповідають такі значення: до 5 років – 0,3; від 5 до 10 років – 0,4; від 10 до 15 років – 0,5; від 15 до 20 років – 0,6; понад 25 років – 0,7.

Для показника №4 «наявність навчально-методичного забезпечення із досліджуваної проблематики» відповідають такі значення: 1 розробка – 0,3; від 2 до 3 розробок – 0,5; від 4 до 6 розробок – 0,6; понад 7 методичних розробок – 0,7.

Для показника №5 «участь у заходах щодо підвищення рівня світоглядної культури» відповідають такі значення: 1 раз – 0,3; від 2 до 3 разів – 0,4; від 4 до 6 разів – 0,5; від 7 до 9 разів – 0,6; понад 10 разів – 0,7.

Умовний коефіцієнт придатності викладачів експериментаторів розраховувався як сума числових значень за кожним показником. Результати оцінювання придатності викладачів-експериментаторів до впровадження положень дисертаційного дослідження у навчальний процес медичних ЗВО відображені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Зведені результати відбору викладачів-експериментаторів

№	Викладач	Показник відбору					Загальний показник (сумарний)
		№1	№2	№3	№4	№5	
1	К. О. М.	0,3	0,5	0,7	0,7	0,3	2,3
2	К. Л. В.	0,4	0	0,3	0,5	0,3	1,5
3	М. А. П.	0,7	0	0,3	0,5	0,3	1,8
4	П. В. Л.	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3	2
5	Т. А. С.	0,7	0,4	0,3	0,3	0	1,7
6	М. Г. О.	0,3	0	0,3	0,3	0,3	1,2
7	Р. В. Б.	0,4	0	0,6	0,3	0,5	1,8
8	С. О. П.	0,6	0,3	0,3	0,3	0,3	1,8
9	П. Т. П.	0,5	0,5	0,3	0,5	0	1,8
10	А. Р. Е.	0,3	0	0,3	0,5	0,3	1,4
11	В. О. Л.	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	1,8
12	У. О. П.	0,3	0	0,7	0,5	0,3	1,8

Відповідно до зведених результатів відбору викладачів-експериментаторів можна зробити такий висновок: переважна більшість викладачів характеризується показником в межах 1,5 – 1,8, значна кількість викладачів не має досвіду роботи у медичних закладах (показник 2), усі учасники відбору мають значну кількість розробленого навчально-методичного забезпечення (показник 4) й досить низькі показники наукової активності з

досліджуваної тематики (показник 3). Варто зазначити, що викладачі-експериментатори проводитимуть заняття як в КГ так і в ЕГ, тому важливим є правильний їхній розподіл між академічними групами, що входять до складу двох досліджуваних вибірок. Доцільно, щоб кількість викладачів-експериментаторів із різними коефіцієнтами були рівномірно розподілені серед КГ та ЕГ, щоб забезпечити рівність умов освітнього середовища та «чистоту» проведення експериментальних заходів. Розподіл викладачів-експериментаторів серед КГ та ЕГ представлений на рисунку 3.3.

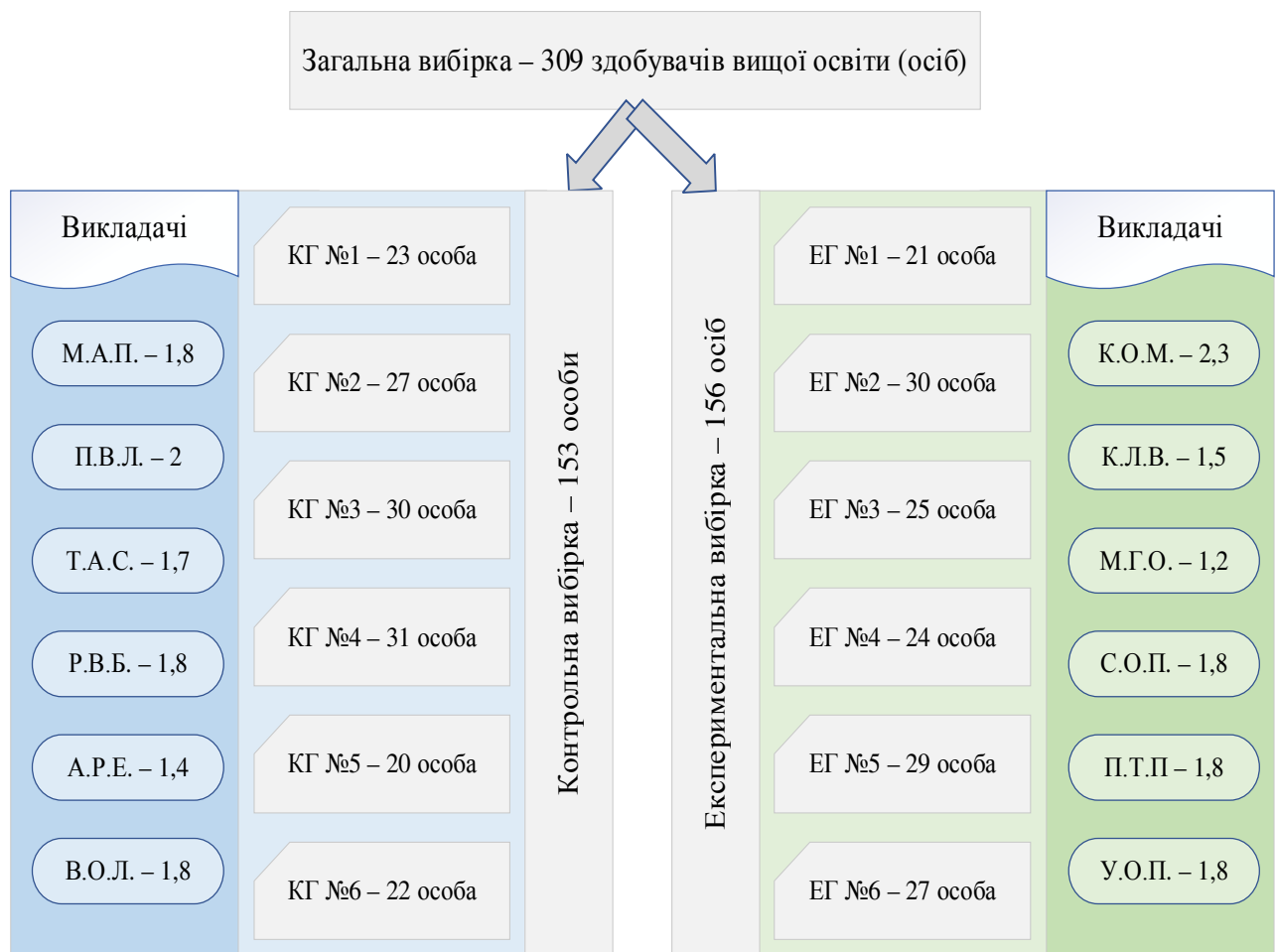


Рис. 3.3. Розподіл викладачів-експериментаторів серед академічних груп, які входять до КГ та ЕГ

У рамках формувального етапу експерименту, враховуючи теоретичні засади нашого дослідження та визначені нами педагогічні умови реалізації моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу забезпечення навчального процесу здійснювалося на багатьох рівнях: організаційному, комунікативному, методичному, науковому. Водночас інтеграція запропонованих нами

педагогічних інновацій не повинна погіршувати загальний рівень професійної підготовки майбутніх медичних сестер в умовах ЗВО. Процес професійної підготовки майбутніх медичних сестер повинен мати цілісний характер, натомість формування світоглядної культури має характеризуватися як інтегративний компонент із можливістю його експериментальної перевірки.

З огляду на структуру авторської моделі, формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу – це цілісний, поетапний процес, який має змістове, методологічне та процесуальне підґрунтя. Реалізація етапів формувального експерименту здійснювалася серед учасників ЕГ, натомість учасники КГ навчалися за традиційними підходами.

Безпосередні експериментальні заходи педагогічного впливу пропонує новачі проводилися у процесі вивчення навчальних дисциплін «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», «Основи медсестринства» та «Медична етика і деонтологія в медсестринстві». Зазначені дисципліни вивчалися учасниками КГ та ЕГ під час формувального етапу дослідження. Викладачі-експериментатори упроваджували теоретичні узагальнення нашого дослідження у практику підготовки учасників ЕГ.

Проект програми формувального експерименту дослідження охоплював 3 етапи, протягом яких забезпечувалося формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу:

1 етап – мотиваційний. В умовах реалізації інноваційних методик здобувачі вищої освіти певною мірою перебувають у стані мотиваційної дезорієнтації, що пояснюється змінами підходів, методів, форм та засобів навчання. Основною метою цього етапу було формування мотиваційної готовності учасників ЕГ до сприйняття світоглядної культури, її змісту та ролі у майбутній професійній діяльності. Насамперед викладачі-експериментатори проводили ознайомчі бесіди, щодо ролі комунікативної взаємодії медичної сестри у професійній діяльності, деонтологічної основи їхньої культури та світоглядної культури зокрема.

Практична реалізація мотиваційного етапу формувального експерименту ґрунтувалася на вивченні певних кейсів, сутність яких полягала у вивченні ситуацій, що стосуються професійної діяльності медичної сестри, а саме особливостей її комунікативної взаємодії із колегами, пацієнтами та їхніми родичами. Розглянемо один із таких кейсів:

Викладач: Уявіть ситуації: пацієнт, перебуваючи на стаціонарному лікуванні, через свою необізнаність й відчуваючи неприємні симптоми (слабкість, втрата апетиту, запаморочення) переживає за наслідки хвороби, внаслідок чого перебуває у стані стресу. У цей час, медична сестра, яка надає йому медичні послуги, отримує певні запитання від нього, які стосуються перебігу та особливостей хвороби.

Що повинен відповісти медичний працівник для покращення морального стану пацієнта та уникнення конфліктної ситуації?

Вивчення конкретних професійних ситуацій дозволяє активізувати навчально-пізнавальну діяльність здобувачів вищої освіти й сформувати певні професійні мотиви, щоб в майбутньому чітко усвідомлювати свої дії.

Здобувачі вищої освіти (очікувані відповіді):

- 1) Не хвилюйтеся все буде добре, Ви обов'язково одужаєте.*
- 2) Мені невідома інформація щодо перебігу Вашої хвороби.*
- 3) Проконсультуйтеся із лікарем з приводу Ваших симптомів.*

Отримані відповіді з аудиторії викладач-експериментатор фіксує й надає певні експертні пояснення:

Викладач: Роль комунікації та культури за таких умов є дуже важливою, медична сестра повинна чітко усвідомлювати мотиви комунікативного впливу на пацієнта, уникаючи надмірної уваги до неприємних симптомів пацієнта. Поінформованість пацієнта повинна бути чітко узгоджена із настановами лікаря, який приймає рішення щодо даних, які можна розголошувати пацієнту.

Відповіді, які ви (здобувачі вищої освіти) запропонували, деякою мірою погіршать ситуацію, оскільки пацієнт відчує професійну незацікавленість

медичної сестри (відповідь №1), непрофесійність (відповідь №2) та ігнорування його звернень з вашого боку (запитання №3).

Медична сестра повинна володіти вмінням слухати пацієнта, знімати психологічне напруження у спілкуванні, адекватно реагувати на запити хворого, контролювати власні емоції, вирішувати конфліктні ситуації. Цей неповний перелік властивостей медичної сестри і є проявом її світоглядної культури.

Проектуючи зміст формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу обов'язковим є урахування низки обставин, серед яких варто виділити: *перше* – вивчення нормативних навчальних дисциплін, передбачених освітньою програмою, необхідно доповнювати новим матеріалом, який сприятиме без кардинальної зміни програми набуттю необхідних знань та умінь; *друге* – принципово нові методи, зміст та форми організації формування світоглядної культури доцільно виносити в окремі дисципліни або спецкурси; *третє* – обов'язковим є залучення здобувачів до позааудиторної роботи з використанням дистанційних технологій навчання.

З метою оновлення змістово-методичного наповнення навчальних дисциплін нами було упроваджено використання засобів соціальної комунікації, що дозволило певною мірою активізувати діяльність студентів щодо вивчення дисциплін «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», «Основи медсестринства» й «Медична етика і деонтологія в медсестринстві». Використання особистих акаунтів у соціальних мережах (Facebook, Instagram) викладачів-експериментаторів полягало у наступному:

- педагоги створювали певні дописи, які стосувалися особливостей професійної діяльності медичної сестри, її професійної етики, світоглядної культури;

- проводилися обговорення виробничих ситуацій, нагальних проблем галузі медицини, наукових публікацій;

– здійснювалися анонси занять, а саме уточнювалося, що вивчатимуть здобувачі вищої освіти, у якій формі проходитиме, яку попередню підготовку необхідно провести, тощо.

Мережева діджиталізація організації навчального процесу, а як наслідок, – процесу формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу детермінувала низку організаційно-педагогічних переваг мотиваційного характеру, а саме нами спостережено, що:

- усвідомлення важливості ролі світоглядної культури у професійній діяльності медичної сестри (близько 92% учасників ЕГ);
- академічна активність, що проявлялася у ґрунтовній підготовці до занять (близько 86% учасників ЕГ);
- збільшення проявів творчого підходу до вивчення нового матеріалу (близько 74% учасників ЕГ).

У процесі експериментальних заходів ми прагнули надати роз'яснення поняттям «світоглядна культура» та «деонтологічний підхід» й ознайомлювали їх із такими дефініціями, як: «культура», «світогляд», «комунікація», «етика», «філософія», «деонтологія», «професіоналізм». Для вивчення нових термінів ми використовували *аналітичний метод*, який дозволяє розкрити певні абрєвіатурні особливості слова, його будову та лексхеми. Здобувачі вищої освіти, керуючись наявними знаннями, аналізували структуру слова, розкриваючи його сутнісну характеристику, а викладач-експериментатор при цьому виступав у ролі тьютора (наставника). Крім того, для уточнення змісту досліджуваних понять використовувався метод *дефінітивного аналізу*, сутність якого полягає у формуванні вміння вдалого відбору певного терміну.

Наприклад:

Викладач: Після проведення внутрішньовенної ін'єкції медична сестра дуже поспішала до іншого хворого. Щоб зекономити час, вона не розібрала шприц та кинула його в дезінфікуючий розчин.

Фронтальне опитування: «Чи правильно вчинила медична сестра?», «Це було проявом відсутності культури?», «Це було проявом порушення етики?», «Який термін доцільніше вживати у такому випадку?».

Було виявлено, що використання аналітичного методу та методу дефінітивного аналізу серед учасників ЕГ зумовило усвідомлення сутності досліджуваних понять у більшості респондентів (96%). Ефективність використання таких методів зумовлена їх поєднанням із методом кейсів, які стосуються особливостей майбутньої професійної діяльності медичної сестри.

Певні особливості мали проведення лекційних (теоретичних) занять. Перші теоретичні заняття проводилися у формі *лекції обговорення* [100]. За умови використання вказаного підходу здобувач вищої освіти змінює свою роль від об'єкта до суб'єкта навчання. Так, наприклад, під час вивчення теми «Особиста гігієна пацієнта» викладачі-експериментатори задавали на попереднє самостійне самоопрацювання низку проблемних запитань. Учасники ЕГ отримували такі питання шляхом анонсування через соціальні мережі. Отримавши певний обсяг знань з теми заняття студенти брали участь у контрольованому викладачем діалозі (полілозі). Лекція за таких умов набувала інтерактивного характеру, де шляхом обговорення, дебатів та корекції студенти здобували нові знання. Суб'єкт-суб'єктний підхід організації такої лекції дозволяв підвищити рівень активності та професійної мотивації студентів, що проявлялося у залученні переважної більшості учасників (понад 90%) до дебатів і обговорень.

Важливим етапом розвитку мотивації учасників ЕГ до формування світоглядної культури виступала робота із науковими, навчально-методичними журналами, серед яких варто виділити: «Медична психологія», «Психологія і особистість», «Журнал психіатрії та медичної психології», «Міжнародний медичний журнал». Викладач-експериментатор публікував статті у перелічених журналах, а учасники ЕГ ділилися власними враженнями, критично оцінювали публікації, тощо. Підхід взаємодії учасників навчального процесу через віртуальні спільноти обраний не випадково, річ у тім, що соціально-мережева активність молоді у студентському віці складає понад 95% [35]. Педагогу у

таких умовах значно легше налагодити контакт із здобувачем вищої освіти й організувати формування світоглядної культури в цілому.

Мотиваційний етап формувального етапу експерименту виконував роль ключового з точки зору організації освітнього процесу, а саме забезпечував формування когнітивно-мотиваційного інтересу до професії. У рамках визначеного етапу нами обґрунтовані підходи взаємодії учасників навчального процесу, обрані методи, форми та засоби навчання, які сприяли підвищенню рівня професійної мотивації студентів та формуванню уявлень про поняття «світоглядна культура» та його роль у професійному становленні медичної сестри.

2 етап – технологічний. Основним лейтмотивом цього етапу виступала діяльнісна взаємодія між учасниками освітнього процесу. У рамках цього етапу заняття лекційно-практичного циклу були націлені на розвиток знань та вмінь, необхідних для набуття належного рівня світоглядної культури майбутніх медичних сестер. Вагоме значення при цьому відігравало розв’язання проблемно-ситуативних завдань, пов’язаних із специфікою професійно-комунікативної взаємодії медичної сестри з пацієнтами та колегами.

Навчальні дисципліни професійно-практичного циклу розглядалися з метою набуття певної сталості та ідентифікації особистості в контексті світоглядної культури. Вивчення дисциплін «Основи медсестринства», «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» (ЗД з Х та ММТ) і «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» у ЕГ відбувалося із певними організаційними, методичними та технічними особливостями. Згадані дисципліни вивчаються майбутніми медичними сестрами із певною послідовністю (рис.3.4).

Аналіз рис. 3.4 вказує на досить значний проміжок часу вивчення дисциплін у процесі вивчення яких відбувався формувальний експеримент (3-й та 8-й семестр). Роль дисципліни «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» покликаний забезпечити формування базисних знань, умінь та навичок, які сприяли б набуттю світоглядної культури. Безпосередня практична реалізація отриманого досвіду учасників ЕГ відбувалася у процесі

проходження виробничої практики в умовах лікувально-діагностичних медичних закладів. Вивчення дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» обумовлювало ідентифікацію індивідуальних особливостей стратегії формування світоглядної культури кожного учасника ЕГ.

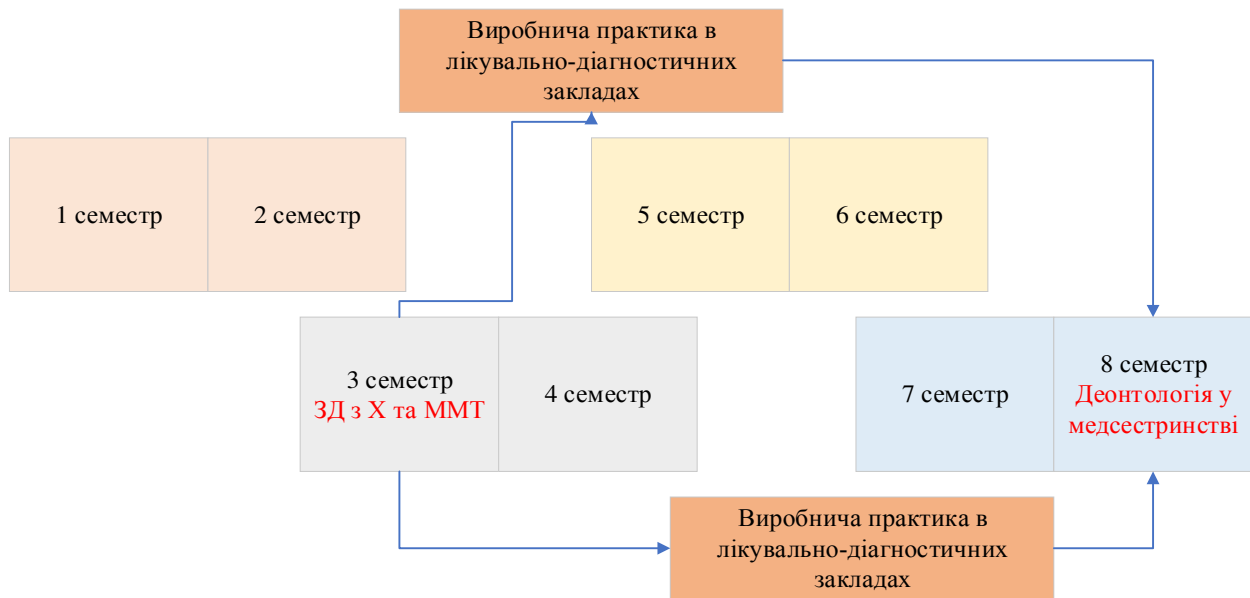


Рис. 3.4. Хронологія формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу у процесі їхньої професійної підготовки

Опишемо деякі методичні особливості вивчення дисципліни «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка». Відповідно до структури авторської моделі формування світоглядної культури експериментальні підходи ґрунтувалися на застосуванні методів проблемного навчання. І хоча зміст дисципліни не сприяє формуванню світоглядної культури, нами запропоновані певні інновації, сутність яких полягає у поєднанні медико-процесуальних та культурно-світоглядних вимог до медичної сестри. Постановка проблемних питань викладачами-експериментаторами проводилася відповідно до розробленого автором комплексу ситуаційно-творчих задач, у яких деяка частина питань була спрямована на виявлення рівня сформованості світоглядної культури:

Викладач: В інфекційному відділенні у молодій пацієнтки виявили позитивний аналіз на гепатит С. Лікар мав певні сумніви та, щоб уникнути лабораторної помилки, призначив повторне дослідження. Коли медична сестра проводила забір крові, пацієнтка допитувалась про причину призначення повторного дослідження. Медична сестра розповіла пацієнтці про позитивний результат першого аналізу, через це хвора почала плакати, кидати речі, кричати, що більше не хоче жити. Які мали бути дії медичної сестри на запитання пацієнтки?

Мета: не повідомляти пацієнтам дані лабораторних та інструментальних досліджень, не розголошувати діагноз.

Медсестринські дії:

- 1. Переконати пацієнтку під час забору аналізу, що призначення повторних досліджень є рутинною практикою.*
- 2. Порадити хворій звернутись з цим питанням до лікаря для отримання більш точних роз'яснень.*
- 3. В жодному разі не розголошувати пацієнтці результати досліджень.*
- 4. Не обговорювати з пацієнтами призначені дослідження та план лікування.*

Такі ситуаційно-творчі задачі висвітлюють проблеми як фахової діяльності медичної сестри, так і питання її професійної етики та світоглядної культури. Завдання проблемного характеру сприяли формуванню певних механізмів взаємодії майбутніх медичних сестер із пацієнтами, професійних цінностей та переконань. За словами викладачів-експериментаторів учасники ЕГ жваво вступали у процес обговорення та вирішення проблемних ситуацій, що проявлялося в результатах їхніх академічних досягнень у порівнянні із КГ.

Наступним етапом формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер виступала виробнича практика. У ролі навчально-методичного забезпечення використовувалися індивідуальні щоденники розвитку світоглядної культури.

Перший крок роботи із таким щоденником передбачав опис учасником експерименту власних принципів культури спілкування із пацієнтами та

колегами. Формулювання принципів відбувалося шляхом відповіді на такі питання «Що не можна говорити пацієнту?», «Як підбадьорити хворого?», «Коли необхідно звертатися до лікаря в конфліктних ситуаціях із родичами пацієнтів?» тощо. Майбутня медична сестра таким чином формує особистісні принципи світоглядної культури й індивідуальні «шаблони» професійної поведінки.

Другий крок роботи із щоденником передбачає безпосередню роботу із пацієнтом. Учасники ЕГ обирали трьох пацієнтів різної статі, вікової категорії та патології й аналізували їхню поведінку, прогнозували виникнення конфліктних ситуацій, звертали увагу на реакцію у різних ситуаціях.

Третій крок роботи із щоденником передбачав критичне оцінювання діяльності майбутніх медичних сестер. Самоаналіз власних досягнень чи недоліків у взаємодії із пацієнтами дозволяв вносити певну корекцію у способи взаємодії із пацієнтами та їхніми родичами. Водночас відбувався взаємоконтроль учасників ЕГ, які проходили практику разом в умовах лікувально-діагностичного закладу. Такий підхід сприяв формуванню світоглядно-культурної взаємодії не тільки із пацієнтами, але і з майбутніми колегами.

Ведення такого щоденника відбувалося під керівництвом-викладачів експериментаторів, які здійснювали перевірку, а також консультування після виконання кожного кроку учасниками ЕГ. Консультування, обмін інформацією відбувався у дистанційній формі (e-mail, месенджери, соціальні мережі). Використання щоденника світоглядної культури сприяє досягненню особистісного і професійного успіху майбутніх медичних сестер, дотримання морально-етичного кодексу, формуванню комунікативної мобільності та емпатійності у спілкуванні.

Опанування дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» базувалося на більш глибокому вивченні понять деонтології та професійної етики медичної сестри. Ґрунтовно вивчалися нормативно-правові акти, такі як «Клятва Флоренс Найтінґейл», «Етичний кодекс Міжнародної ради медичних сестер», «Етичний кодекс медичної сестри України». Шляхом розв'язання

ситуативних задач та ділових ігор набувалася компетентність комунікативної взаємодії із пацієнтами, її психологічні та соціальні аспекти, тактики спілкування медичного працівника тощо.

Ситуаційні задачі під час вивчення дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» мають дещо глибший зміст, розв'язання яких потребує набагато вищого рівня сформованості фахової компетентності. Так, при вивченні теми «Збереження професійної таємниці та інформування пацієнта» розв'язання виробничої ситуації потребує глибокого міжпредметного аналізу з боку майбутньої медичної сестри:

Ситуативна задача: пацієнту під час перебування в гастроентерологічному відділенні міської клінічної лікарні поставлено діагноз «гепатит С». Лікуючий лікар через деякий час у приватній розмові умисно розповів про діагноз свого пацієнта співробітнику пацієнта. Надайте кримінально-правову оцінку діям лікаря.

За таких умов учасникам ЕГ необхідно враховувати аспекти не лише професійної етики та деонтології, а й психологічні, правові, соціальні передумови вирішення такої задачі.

Свою ефективність під час вивчення дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» продемонстрував *метод проектів*. Учасники ЕГ виконували проект дослідницького характеру під час вивчення теми «Взаємовідносини медичних працівників». Сутність виконання проекту полягало у аналізі персоналу відділення, на базі якого вони проходили виробничу практику, а саме здійснювався опис психологічного портрету працівників, визначалися особливості їхньої професійної взаємодії, прогнозувалося виникнення потенційних міжособистісних конфліктів та стратегії їх подолання. Слід відзначити, що близько 35% учасників ЕГ виконали зазначені проекти на високому рівні та близько 55% на достатньому рівні, що значно перевищує загальний розподіл академічних досягнень у порівнянні з іншими видами робіт.

3 етап – оцінно-рефлексивний. Сутність цього етапу формувального експерименту полягала у визначенні загального рівня сформованості

світоглядної культури учасників ЕГ, встановленні індивідуальних «прогалин» у професійній етиці кожного здобувача вищої освіти.

Слід відзначити, що безпосередніх контрольних-оцінних заходів із учасниками ЕГ на цьому етапі не проводилося, здійснювалося виявлення певних недоліків у структурі світоглядної культури кожного учасника, надавалися рекомендації щодо подальших дій для саморозвитку та самовдосконалення.

Основними формами реалізації оцінно-рефлексивного етапу формувального етапу експерименту були круглі столи, які проводилися із учасниками окремих академічних груп, евристичні бесіди, тренінги на тему «Професійне зростання» та «Світоглядна культура медичної сестри».

Водночас важливу роль у формуванні світоглядної культури відіграють естетичні цінності, які значною мірою впливають на розвиток естетичних почуттів індивіда як безпосереднього емоційного переживання його естетичного відношення до дійсності. Властиво, що рівень розвитку естетичних почуттів має суттєвий вплив на професійну діяльність людини й найвиразніше розкривається крізь призму потягу до краси, довершеності та гармонії. У цьому контексті з метою виявлення прагнення майбутніх медичних сестер до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури можна організувати та провести рухливі ігри, метою і результатом яких має стати рефлексія та засвоєння естетичних пріоритетів у діяльності медичної сестри.

Гра «Крокодил з малюванням»

Інвентар: капелюх чи коробка, маркерний фліпчарт сухого стирання, кольорові маркери для малювання на фліпчарті, губка для маркерних дошок.

Перед грою потрібно нарізати з паперу прямокутники, на яких потрібно написати ситуацію, яка не допустима у зовнішньому вигляді медичної сестри. Після цього акуратно зробити згортки, щоб неможливо було прочитати завдання та покласти всі згортки в капелюх чи коробку.

Приклади ситуацій:

Високі підбори.

Яскравий макіяж.

Вечірня зачіска з локонами.

Довге розпущене волосся.

Довгі нігті.

Яскравий кольоровий лак на нігтях (синій, зелений, червоний).

Перстні, печатки, каблучки.

Яскравий неприродний колір волосся (синій, зелений, помаранчевий тощо).

Парфуми зі шлейфом.

Неохайний зім'ятий медичний одяг.

Плями на робочому одязі.

Татуювання на відкритих частинах тіла.

Пірсинг (у носі, губах, багато сережок в одному вусі, великі сережки).

Браслети.

Велике намисто.

Правила гри:

Спочатку потрібно поділитись на дві рівні команди (за бажанням, за алфавітом, поділити список групи навпіл – як зручніше). Також необхідно обрати одного ведучого (викладач чи учень), який буде стежити за часом та присуджувати бали в грі. Ведучий на папері малює таблицю з двома колонками, кожна колонка відповідає командам. Команди можна назвати за бажанням чи просто за порядковим номером («перша» чи «друга»). Перший гравець однієї з команд (можна обрати за бажанням, за списком чи розіграти також як гру – з закритими очима довільно вказати олівцем на прізвище в журналі) витягує з капелюха / коробки один згорток, читає зміст, але не може сказати нічого вголос, чи проявляти якісь емоції. Ведучий включає двохвилинний таймер. За цей час задача учасника максимально швидко намалювати на фліпчарті чи на папері завдання. При цьому забороняється вимовляти слова чи склади, писати чи показувати літери. Під час процесу

малювання учасники команд можуть починати відгадувати завдання. «Художник» на допомогу учасникам може використовувати жести та міміку, приймати будь-які пози, щоб вказати «холодно» чи «гаряче», кивати головою: «так» чи «ні». Якщо вгадала команда, з якої було обрано людину для малювання, вона отримує «1 бал», якщо з іншої команди, то суперники отримують «2 бали». Якщо за дві хвилини нікому не вдалось відгадати слово, жодна команда бали не отримує. Бали уважно записує ведучий в колонки. Після цього команди міняються місцями та обирається учасник для малювання з іншої команди. Так кожен учасник по черзі має намалювати своє завдання. Перемога дістається тій команді, яка набрала найбільшу кількість балів.

Гра типу «Струмочок»

Інвентар: годинник з секундною стрілкою.

Правила гри:

Спочатку потрібно поділитись на дві рівні команди (за бажанням, за алфавітом, за списком – як зручніше). Кожен учасник стає за іншим учасником своєї команди, таким чином утворюються пари з обох команд. Учасники першої команди мають називати допустимі та необхідні речі для дотримання порядку на робочому просторі, учасники другої команди мають перераховувати заборонені речі. Так, по черзі, кожен гравець з однієї пари має назвати правильну відповідь, потім ця пара переходить у кінець колони. Наступна пара має повторити завдання, після відповіді також перейти в кінець колони. Щоб надати правильну відповідь кожному учаснику дається 5 секунд. Якщо гравець не може надати відповідь за представлений час, він вибуває. Викладач стежить за правильністю відповідей та часом. Якщо кількість учнів в групі непарна, можна обрати ведучого, який буде стежити за часом за допомогою таймера, секундної стрілки на годиннику чи повільно рахувати про себе до п'яти. Перемогу отримує команда, у якій залишилась більшість учасників чи останній гравець.

Таблиця 3.4

**Приклади заборонених речей та правил дотримання необхідного порядку
на робочому місці медичної сестри**

Заборонені речі	Правильні чи допустимі речі
Їсти на робочому місці	Вживати їжу та напої в спеціально відведених місцях в належний час
Тримати розкидані особисті речі на робочому місці	Тримати особисті речі в особистій шафі
Пити рідини (чай, кава, вода) на робочому місці	Підтримувати ретельний порядок на робочому місці
Тримати відкритою сумку з особистими речами на робочому столі	Дотримуватись правил особистої гігієни
Наносити макіяж чи робити зачіску, манікюр на робочому місці	Стежити за правильним збереженням лікарських засобів
Палити чи вживати алкоголь на робочому місці	Тримати документи, історії хвороби, листки призначень в належному вигляді
Робити безлад на робочому місці	Дотримуватись встановлених санітарних норм при виконанні маніпуляцій, ін'єкцій, заборі крові та утилізувати приладдя належним чином
Тримати документи, історії хвороби, листки призначень в неохайному стані	Тримати квіти, статуетки у кімнаті для відпочинку
Перемішувати та розкидати лікарські	Мати індивідуальний рушник та

засоби	мити руки перед кожною маніпуляцією
Кидати відходи в непризначених місцях	Викидати в урну використані ампули і стежити, щоб скло не потрапило на підлогу, на робоче місце, для запобігання травм при прибиранні
Тримати м'які іграшки, квіти, статуетки на робочому місці	Привести в порядок своє робоче місце після завершення зміни, зібрати відпрацьований інструментарій, провести його дезінфекцію і стерилізацію

Мозковий штурм «Що потрібно для оформлення робочого простору медичної сестри?»

Його мета полягає в естетичній організації робочого місця медичної сестри.

Інвентар: блокнот та ручка на кожну команду.

Правила гри:

Залежно від кількості учнів в групі, учасники розбиваються на команди, щоб в кожній команді було не більше ніж 7-8 гравців. Кожна команда має обрати модератора, який буде виступати у ролі ведучого. Викладач задає одне завдання командам та дає десять хвилин на обговорення ідей. За цей час учасники мають обговорити питання та надати варіант вирішення проблеми. Метою проведення «мозкового штурму» є отримання найбільшої кількості варіантів за встановлений час. Тому викладач має пояснити, що всі учні повинні бути задіяні в обговоренні, висловлювати свою точку зору. Модератор має записувати всі ідеї, навіть, якщо вони некоректні чи суперечливі, при цьому не допускається давати негативну оцінку будь-якій точці зору. Бажано, щоб після обговорення модератор систематизував ідеї за схожими показниками, так потім їх буде легше сприймати та обговорювати. Після того, як всі пропозиції обговорені, зібрані та написані, модератор зачитує пункти та

учні мають дати згоду чи висловити незгоду з цими коментарями. Викладач вислуховує точки зору, дає оцінку відповідям та виправляє за наявності неправильних варіантів чи помилок.

Приклади для обговорення:

1. Як гарно та функціонально облаштувати робоче місце постової медичної сестри? Як розставити основні компоненти (листки призначень, історії хвороби, тонометр) та допоміжні (календар, годинник, телефон), щоб зберегти відповідність санітарним нормам?

2. Як правильно має виглядати маніпуляційний кабінет (збереження лікарських засобів, утилізація відходів)?

Які речі у маніпуляційній заборонені (їжа, напої, особисті речі, сумки, верхній одяг)?

3. Як можна облаштувати сестринську, щоб це була професійно функціональна, але приємна кімната для відпочинку (шафи для особистих речей, стіл зі стільцями, холодильник, мікрохвильова піч, посуд, квіти, тощо).

Для формування у майбутніх медичних сестер моральності, без якої важко уявити реалізацію деонтологічного підходу, пропонуємо проводити бесіди, як-от: «Що таке воля і совість?», «Моральне і неморальне у поведінці медичної сестри», «Етикетне амплуа медичної сестри».

Своєрідним випробуванням на фахову етичність може стати позаурочний змагальницький міні-конкурс «Міс етичність», під час якого відбуватиметься практична перевірка рівня сформованості етичних навичок у майбутніх медичних сестер і діагностуватиметься рівень формування світоглядної культури.

Оскільки жодна професійна діяльність, пов'язана зі спілкуванням із людьми, немислима без гуманізму, то значення цього складника у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер важко переоцінити. При цьому уся увага має скеровуватися на формування гуманного ставлення до представників цільової аудиторії. У цьому контексті доречними будуть такі заходи: семінар «Якого ставлення потребує сучасний пацієнт?», складання плану «Моя перша зустріч з пацієнтом (колегою, родичем пацієнта, лікарем

тощо), міні-дебати «Медична сестра – це передусім представник медперсоналу чи особистість?», «Людина – центр Всесвіту?», тренінг «Як поставити у центр будь-якої діяльності людину, її потреби?», робота над проблемними ситуаціями з професійно спрямованим змістом та ідейно-тематичним навантаженням.

Тренінг з елементами рефреймінгу «Наскільки об'єктивною має бути медична сестра» відкриє перспективи для вироблення здатності до об'єктивного сприйняття дійсності, формування об'єктивного сприйняття професійних умов, обставин і адекватного реагування на них певними професійними діями або ж комунікаціями.

А вдало організований змагальницький захід імпровізаційного характеру конкурс-аналіз ситуацій «Випробування на правдивість» сприятиме формуванню здатності чіткого диференціювання об'єктивного й необ'єктивного підходів у діяльності медичної сестри; усвідомлення необхідності об'єктивного підходу у діяльності медичних сестер.

Твердість переконань майбутньої медичної сестри виявляється певним рівнем сформованості непохитності світоглядних позицій. Очікуваним результатом відповідних організаційних, навчальних і виховних впливів у цьому напрямі стане підвищення рівня твердості переконань і стійкого спрямування їх у професійне русло. У цьому напрямі здобувачам професії медичної сестри варто запропонувати участь у розв'язуванні кейсів «Дотримання режиму лікувального закладу», виконання ситуативних вправ «Дай рекомендацію», «Зроби зауваження», «Вислови прохання», розробку індивідуального навчально-презентаційного або теоретико-пізнавального проекту «Моя професійна діяльність».

Реалізація формувального етапу експериментального дослідження ефективності моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу дозволила нам інтегрувати у навчальний процес основні теоретичні положення дисертаційного дослідження. Вдалося реалізувати на практиці авторську модель та педагогічні умови шляхом використання авторських методик та засобів навчання.

3.3. Аналіз результатів експериментального дослідження

Відповідно до мети та завдань експериментального дослідження першим кроком виступало констатувальне діагностування рівня сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер. Метою констатувального діагностування було визначення рівня прояву компонентів світоглядної культури (мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний) в учасників загальної вибірки, на основі яких, в подальшому, виконати диференціацію учасників до КГ та ЕГ. Тести-опитувальники констатувального діагностування (додатки А, Б, В, Д, Е, И, К, Л, М, Н, П, Р, С, Х) дозволяли визначити прояв кожного компоненту світоглядної культури за 100-бальною шкалою оцінювання.

Безпосередні результати діагностування сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту світоглядної культури учасників КГ та ЕГ представлені у додатках Ш.1 та Ш.2 відповідно, а також їхня диференціація за рівнями занесені до таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Результати констатувального діагностування рівня сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту світоглядної культури учасників КГ та ЕГ

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	47	30,7	86	56,2	17	11,1	3	2
ЕГ	51	32,7	90	57,7	12	7,7	3	1,9

Результати перевірки емпіричних даних констатувального діагностування сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту серед учасників КГ та ЕГ проаналізовані на нормальність розподілу. У результаті аналізу показник критерію Колмогорова-Смирнова склав 0,298 для КГ та 0,228

для ЕГ, що засвідчує нормальний розподіл емпіричних результатів діагностування в учасників КГ та ЕГ. За результатами порівняння ЕГ та КГ за рівнем сформованості мотиваційно-ціннісного компонента світоглядної культури статистичне значення t -критерію Стюдента склало $p=0,514$, яке перевищує допустиме ($p>0,05$). Таким чином, результати діагностування сформованості мотиваційно-ціннісного компонента світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ статистично подібні.

Результати констатувального діагностування професійно-когнітивного компонента світоглядної культури мають наступні результати, які занесені до таблиці 3.5. Як і у випадку із мотиваційно-ціннісним компонентом, в учасників КГ та ЕГ домінує початковий та середній рівні сформованості світоглядної культури.

Таблиця 3.6

Результати констатувального діагностування рівня сформованості професійно-когнітивного компонента світоглядної культури учасників КГ та ЕГ

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	24	15,7	114	74,5	12	7,8	3	2
ЕГ	25	16	117	75	11	7,1	3	1,9

Статистичне значення критерію Колмогорова-Смирнова для учасників КГ склало 0,513, що засвідчує нормальність розподілу результатів констатувального діагностування. Показник зазначеного критерію для учасників ЕГ становив 0,485. Таким чином, емпіричні дані у двох групах відповідали закону нормального розподілу, що дозволило порівняти їх за допомогою t -критерію Стюдента. Варто зазначити, що відсоткові частки учасників КГ та ЕГ практично однакові про що свідчать дані із таблиці 3.6.

Детальний опис констатувального діагностування сформованості професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури представлений у додатках Ш. 3 та Ш. 4. Порівнюючи дані КГ та ЕГ значення t -критерію Стюдента отримали 0,496 ($p > 0,05$), що дозволяє констатувати подібність груп.

Діагностування особистісно-розвивального компоненту на констатувальному етапі експериментальної перевірки дозволило зафіксувати схожі результати, що і для двох попередніх компонентів світоглядної культури (додаток Ш. 5 та Ш. 6). Значення критерію Колмогорова-Смирнова для КГ склало 0,609, для ЕГ – 0,261, що більше 5% значення й свідчить про нормальний розподіл даних у КГ та ЕГ.

Таблиця 3.7

**Результати констатувального діагностування рівня сформованості
особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури учасників
КГ та ЕГ**

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	30	19,6	105	68,6	16	10,5	2	1,3
ЕГ	28	17,9	110	70,6	15	9,6	3	1,9

Згідно з таблицею 3.7 можна констатувати, що серед учасників КГ та ЕГ домінує початковий та середній рівні сформованості особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури. У результаті порівняння даних констатувального діагностування значення t -критерію Стюдента склало 0,416, що є свідченням подібності результатів учасників КГ та ЕГ.

Констатувальне діагностування сформованості практично-діяльнісного компоненту серед учасників КГ та ЕГ значною мірою не відхилялося від загальної тенденції дослідження сформованості компонентів світоглядної культури, результати якого представлені у додатках Ш. 7 та Ш. 8.

Диференціація емпіричних даних констатувального діагностування сформованості практично-діяльнісного компоненту занесено до таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

**Результати констатувального діагностування рівня сформованості
практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників КГ
та ЕГ**

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	34	22,2	101	66	16	10,5	2	1,3
ЕГ	37	23,7	94	60,3	21	13,5	3	1,9

Нормальність розподілу емпіричних даних у КГ та ЕГ засвідчили статистичні значення критерію Колмогорова-Смирнова на рівні 0,508 та 0,493 відповідно. Отримане значення *t*-критерію Стьюдента склало 0,809 й детермінувало висновок про подібність результатів КГ та ЕГ.

Середні значення констатувального діагностування компонентів світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ перебували практично на одному рівні (таблиця 3.8).

Згідно з таблицею 3.9 стає очевидним, що числові показники середніх значень констатувального діагностування чотирьох компонентів (мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний) світоглядної культури учасників КГ відмінні в межах 1-2 %. Водночас середнє значення показника сформованості світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ відрізняються на 0,03 бали.

Таблиця 3.9

**Середні значення результатів констатувального діагностування
світоглядної культури за компонентами учасників КГ та ЕГ**

Група	Компонент світоглядної культури				Середнє значення
	Мотиваційно- ціннісний	Професійно- когнітивний	Особистісно- розвивальний	Практично- діяльнісний	
КГ	68,26	70,37	69,85	70,25	69,68
ЕГ	67,82	69,9	70,83	70,3	69,71

В цілому констатувальне діагностування засвідчило правильність попереднього розподілу учасників до КГ та ЕГ, про що свідчать дані таблиць 3.5–3.8. Необхідно додати, що кількісні частки учасників, які характеризуються певним рівнем сформованості світоглядної культури (початковим, середнім, достатнім, високим) переважно пропорційні. Статистично-математична обробка емпіричних даних констатувального діагностування засвідчила нормальність їхнього розподілу. У свою чергу порівняння за допомогою *t*-критерію Стьюдента дозволило констатувати подібність контрольної та експериментальної вибірки.

Усі вище описані факти свідчать про правильність відбору КГ та ЕГ (встановлення їх подібності) й можливість провадження якісної та об'єктивної експериментальної перевірки моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Після завершення формувального етапу експерименту нами було проведено перевірку рівня сформованості світоглядної культури серед учасників КГ та ЕГ за допомогою контрольних тестів-опитувальників (додатки А, Б, В, Г, Д, Е, И, Л, М, Н, Т, У, Ф, Ц).

Оцінювання рівня сформованості світоглядної культури на контрольному етапі дослідження здійснювалося також за 100-бальною шкалою. Рівень сформованості світоглядної культури визначався за кожним із чотирьох компонентів.

За підсумками контрольного діагностування рівень прояву мотиваційно-ціннісного компоненту світоглядної культури серед учасників КГ та ЕГ мав значну різницю числових показників у порівнянні із констатувальним етапом (додатки Щ. 1–Щ. 2). Із таблиці 3.10 можна дійти висновку, що учасники КГ володіють переважно початковим та середнім рівнем сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту, а серед учасників ЕГ домінує середній і достатній рівні.

Таблиця 3.10

**Результати контрольного діагностування рівня сформованості
мотиваційно-ціннісного компоненту світоглядної культури учасників КГ
та ЕГ**

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	46	30	86	56,2	18	11,8	3	2
ЕГ	11	7,1	74	47,4	56	35,9	15	9,6

З метою наочного порівняння показників дані представлені на лінійній діаграмі – рис. 3.5.

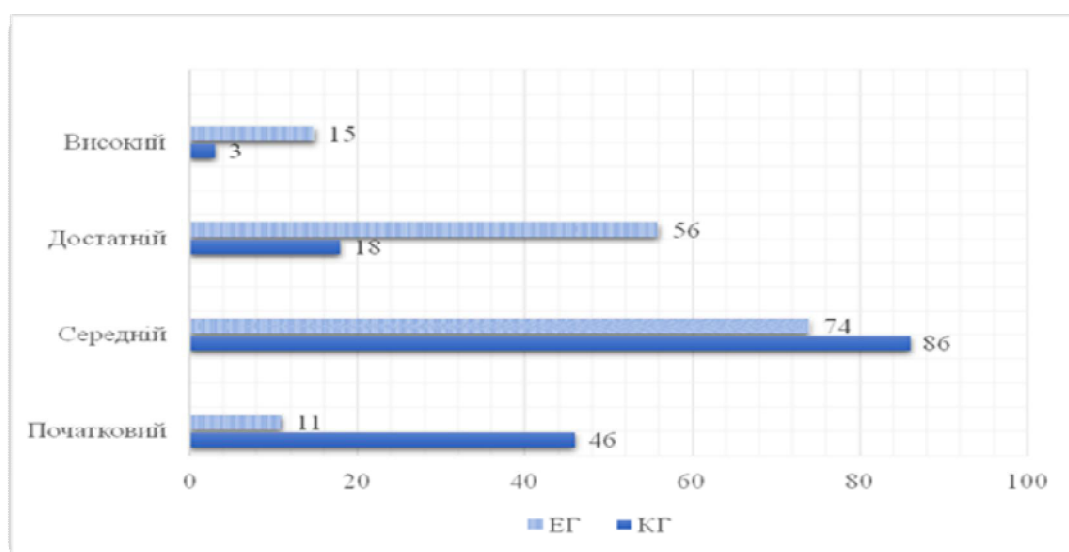


Рис. 3.5. Порівняльна діаграма рівня сформованості мотиваційно-

Таблиця 3.11

Результати контрольного діагностування рівня сформованості професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури учасників КГ та ЕГ

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	26	17	107	69,9	17	11,1	3	2
ЕГ	4	2,6	45	28,8	78	50	29	18,6

Контрольне діагностування професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури дозволило зафіксувати наступні результати (додаток Щ. 3, додаток Щ. 4). Кількість учасників з високим рівнем у ЕГ в значній мірі переважає результати КГ (таблиця 3.11). Зберігається тенденція домінування початкового та середнього рівня серед учасників КГ.

Аналізуючи лінійну діаграму 3.6, можна резюмувати про значно вищі показники сформованості світоглядної культури учасників ЕГ. Так, кількість учасників ЕГ із високим рівнем на порядок перевищує кількість учасників у КГ. Закономірно простежується домінування середнього, достатнього і високого рівнів в учасників ЕГ, натомість результатам учасників КГ притаманний переважно початковий та середній рівні сформованості професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури.

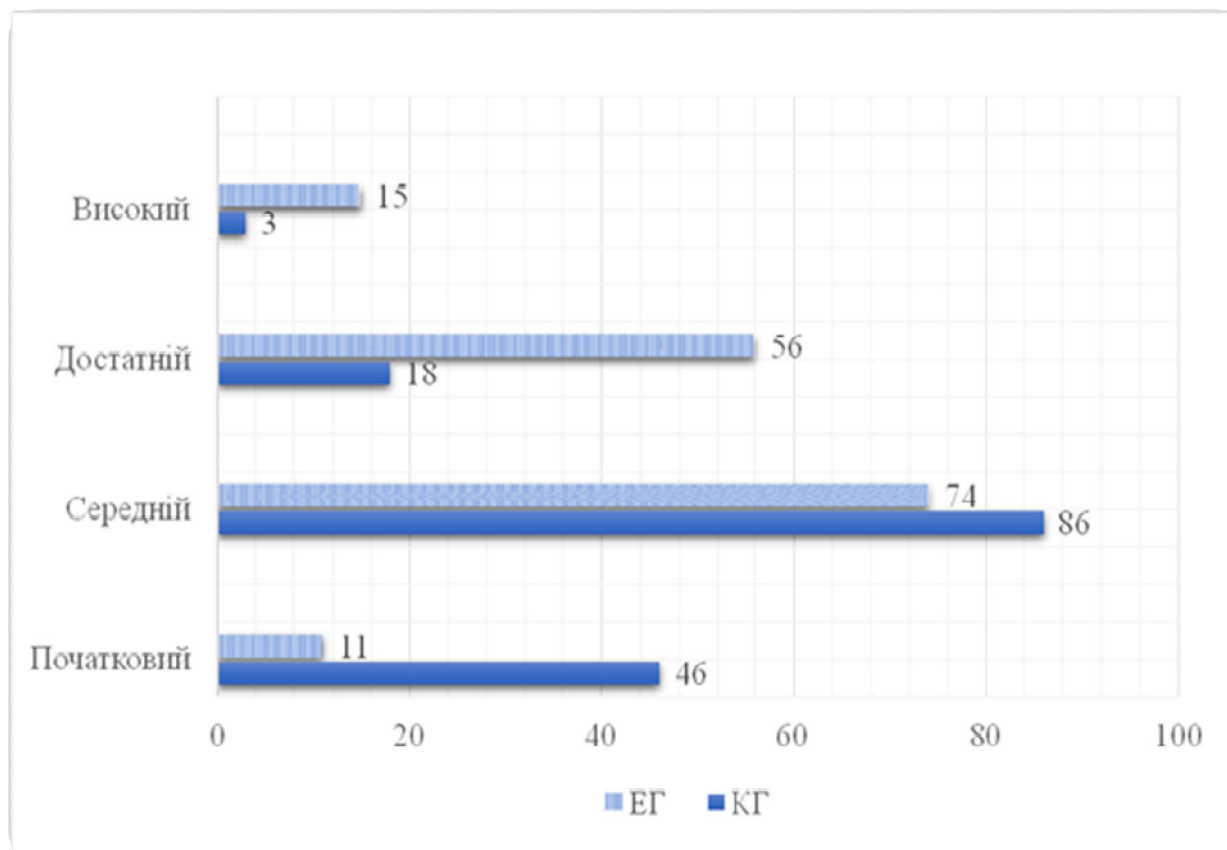


Рис. 3.6. Порівняльна діаграма рівня сформованості професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ

Діагностування сформованості особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ дозволило зафіксувати наступні результати, які представлені у додатках Щ. 5 та Щ. 6. Диференціація результатів за рівнями чітко демонструє значно вищий рівень сформованості особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури серед учасників ЕГ (таблиця 3.12). Для учасників КГ притаманні числові показники близькі за значенням до показників констатувального діагностування, тоді як учасники ЕГ продемонстрували їхнє зростання. На діаграмі (рис.3.7) помітно, що кількість учасників з початковим та середнім рівнем переважає в учасників КГ. Різко контрастує і кількість учасників з високим рівнем у КГ та ЕГ, а саме у ЕГ їх 15,4 % у той час як у КГ близько 2%. Схожа ситуація із кількістю учасників із достатнім рівнем сформованості особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури – у ЕГ їхня частка становить 52,6% у КГ – 13,1 %.

Таблиця 3.12

**Результати контрольного діагностування рівня сформованості
особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури учасників
КГ та ЕГ**

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	40	26,1	90	58,8	20	13,1	3	2
ЕГ	7	4,5	43	27,5	82	52,6	24	15,4

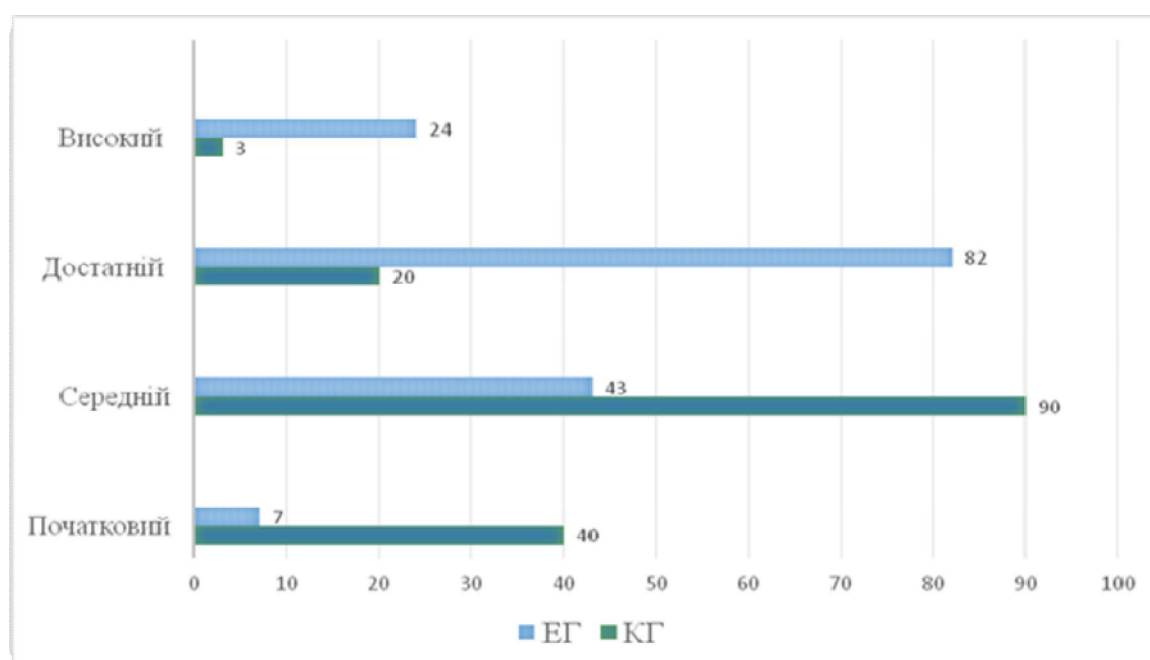


Рис. 3.7. Порівняльна діаграма рівня сформованості особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ

Сформованість практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників експерименту на етапі контрольного діагностування продемонструвала тенденцію щодо більш високих результатів у ЕГ (додатки Щ. 7 – Щ. 8). Аналіз таблиці 3.13 дає чітке уявлення про притаманність середнього (68,6%) та початкового рівня (18,3%) результатам учасників КГ,

в той час як результатам ЕГ притаманний достатній рівень (51,2%).

Таблиця 3.13

Результати контрольного діагностування рівня сформованості практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників КГ та ЕГ

1	2		3		4		5	
Група	Рівень сформованості							
	Початковий рівень (50–64)		Середній рівень (65–77)		Достатній рівень (78–89)		Високий рівень (90–100)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
КГ	28	18,3	105	68,6	18	11,8	2	1,3
ЕГ	6	3,9	44	28,2	81	51,2	25	16,1

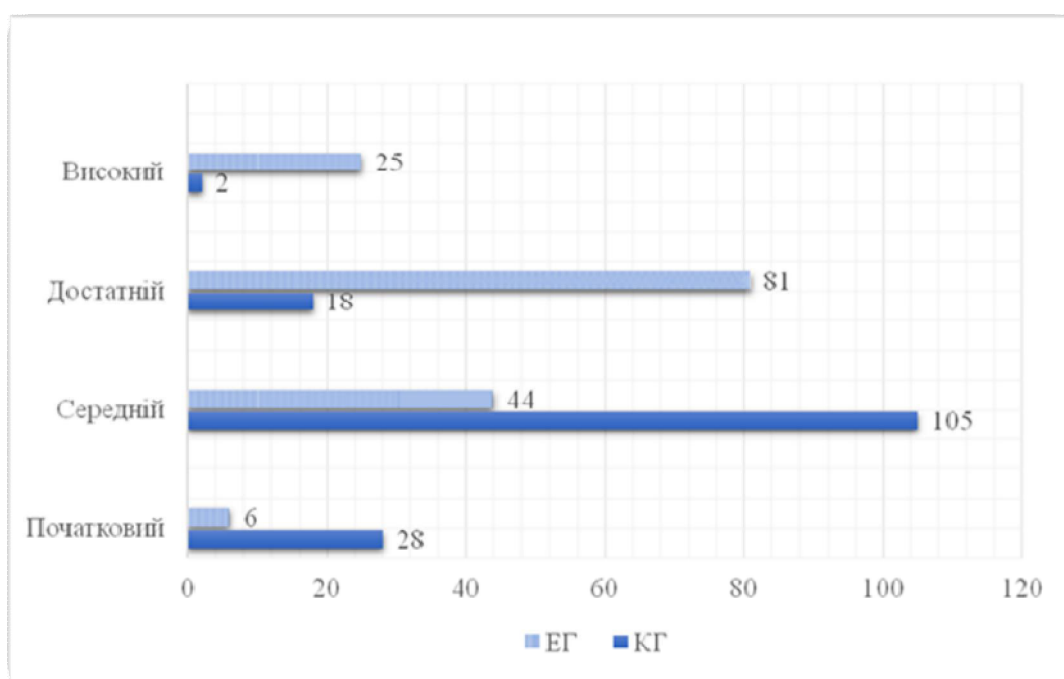


Рис. 3.8. Порівняльна діаграма рівня сформованості практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ

Унаочнення результатів контрольного діагностування (рис. 3.8) рівня сформованості практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури демонструє значно вищу результативність в учасників ЕГ. Так, у ЕГ на порядок більшою є кількість учасників з високим рівнем і на порядок меншою з початковим. Середні значення контрольного діагностування компонентів

світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ у порівнянні із констатувальним етапом відрізнялися значною мірою (таблиця 3.14).

Порівнюючи середні значення сформованості компонентів світоглядної культури учасників КГ та ЕГ на констатувальному і контрольному етапах експерименту можна задекларувати наступне:

- у КГ середнє значення зросло на 0,06%;
- у ЕГ середнє значення зросло на 10,48 %.

Таблиця 3.14

Середні значення результатів контрольного діагностування світоглядної культури за компонентами учасників КГ та ЕГ

Група	Компонент світоглядної культури				Середнє значення
	Мотиваційно- ціннісний (М-Ц)	Професійно- когнітивний (П-К)	Особистісно- розвивальний (О-Р)	Практично- діяльнісний (Ц-О-О)	
КГ	68,46	70,32	69,73	70,36	69,72
ЕГ	77,60	81,51	80,67	80,99	80,19

Зафіксована позитивна динаміка сформованості світоглядної культури в учасників ЕГ дозволяє зробити припущення про ефективність запропонованої у дослідженні моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Для підтвердження такого припущення, а саме визначення статистично значущих відмінностей у рівнях сформованості світоглядної культури учасників КГ та ЕГ, нами використано χ^2 критерій Пірсона.

Усі результати контрольного діагностування сформованості компонентів світоглядної культури майбутніх медичних працівників занесено до таблиць 3.15 (для учасників КГ), та 3.16 (для учасників ЕГ).

Таблиця 3.15

Результати сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер у КГ на констатувальному і контрольному етапах експерименту

Рівень сформованості світоглядної культури	Констатувальне діагностування					Контрольне діагностування				
	Мотиваційно-ціннісний	Професійно-когнітивний	Особистісно-розвивальний	Практично-діяльнісний	Сума	Мотиваційно-ціннісний	Професійно-когнітивний	Особистісно-розвивальний	Практично-діяльнісний	Сума
Низький	47	24	30	135	135	46	26	40	28	140
Середній	86	114	105	101	406	86	107	90	105	388
Достатній	17	12	16	16	61	18	17	20	18	73
Високий	3	3	2	2	10	3	3	3	2	11

Варто зазначити, що кількість степенів свободи для нашого випадку складає $v=3$ (де, $v=k-1$, де k – число рівнів сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер). Це означає для рівня статистичної значущості $p=0,05$ із числом степенів свободи $v=3$ критична точка розподілу (критичне значення) критерію Пірсона складає $=7,815$ [86, с.321].

За результатами розрахунку критерію Пірсона у КГ ми отримали наступне значення:

$$\chi^2 = \frac{(140 - 135)^2}{135} + \frac{(388 - 406)^2}{406} + \frac{(73 - 61)^2}{61} + \frac{(11 - 10)^2}{10} = 3,44$$

Отриманий результат дозволяє зробити висновок про наступне: розрахункове значення є меншим за критичне значення критерію Пірсона для рівня статистичної значущості $p=0,05$ із числом ступенів свободи $v=3$. Оскільки $\chi^2 < (3,44 < 7,815)$, різниця у сформованості світоглядної культури учасників КГ на етапі констатувального та підсумкового контролю є **незначною**.

Таблиця 3.16

Результати сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер у ЕГ на констатувальному і контрольному етапах експерименту

Рівень сформованості світоглядної культури	Констатувальне діагностування					Контрольне діагностування				
	Мотиваційно-ціннісний	Професійно-когнітивний	Особистісно-розвивальний	Практично-діяльнісний	Сума	Мотиваційно-ціннісний	Професійно-когнітивний	Особистісно-розвивальний	Практично-діяльнісний	Сума
Початковий	51	25	28	37	141	11	4	7	6	28
Середній	90	117	110	94	411	74	45	43	44	206
Достатній	12	11	15	21	59	56	78	82	81	297
Високий	3	3	3	4	13	15	29	24	25	93

За результатами розрахунку критерію Пірсона у ЕГ ми отримали наступне значення:

$$\chi^2 = \frac{(28 - 141)^2}{141} + \frac{(206 - 411)^2}{411} + \frac{(297 - 59)^2}{59} + \frac{(93 - 13)^2}{13} = 1645$$

Отриманий результат дозволяє зробити висновок про наступне: розрахункове значення є більшим за критичне значення критерія Пірсона для рівня статистичної значущості $p=0,05$ із числом ступенів свободи $\nu=3$. Оскільки $\chi^2 > (3,44 > 1645)$, різниця у сформованості світоглядної культури учасників ЕГ на етапі констатувального та підсумкового контролю є **значною**.

Результати зміни рівня сформованості світоглядної культури в учасників КГ та ЕГ на етапах констатувального та контрольного діагностування відображені у таблиці 3.17.

Таблиця 3.17

**Узагальнені результати змін сформованості світоглядної культури
майбутніх медичних працівників на етапах констатувального та
контрольного діагностування**

Компонент світоглядної культури майбутніх медичних сестер	Дані експериментальної перевірки					
	Контрольна група			Експериментальна група		
	Констатувальне діагностування	Контрольне діагностування	Різниця	Констатувальне діагностування	Контрольне діагностування	Різниця
Мотиваційно- ціннісний	68,2%	68,46%	+ 0,2%	67,82%	77,6%	+ 9,78%
Професійно- когнітивний	70,3%	70,32%	- 0,05%	69,9%	81,51%	+ 10,61%
Особистісно- розвивальний	69,8%	69,73%	- 0,12%	70,83%	80,67%	+ 9,84%
Практично- діяльнісний	70,2%	70,36%	+0,11%	70,3%	80,99%	+ 10,69%

Аналіз таблиці 3.17 дозволяє засвідчити, що учасники КГ на етапах констатувального та контрольного діагностування демонстрували практично однаковий рівень сформованості компонентів світоглядної культури (різниця спостерігалася в межах 1%). У той час як в учасників ЕГ спостерігалася позитивна динаміка рівня сформованості світоглядної культури. Зростання числових показників кожного компоненту світоглядної культури на етапі контрольного діагностування у порівнянні із констатувальним зафіксовано в межах 10%. Такі результати дозволяють задекларувати, що зростання рівня сформованості світоглядної культури зафіксовано в учасників обох груп, однак суттєвим воно виявилось лише в ЕГ.

Таблиця 3.18

**Показники загальних рівнів сформованості світоглядної культури на
констатувальному та контрольному етапах оцінювання**

Групи	Етап контролю	Рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер							
		Високий		Достатній		Середній		Початковий	
		к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%	к-ть	%
КГ (153)	Конст.Е	10	1,6	61	9,9	406	66,3	135	22,2
	КЕ	11	1,8	73	11,9	388	63,4	140	22,9
ЕГ (156)	Конст. Е	13	2	59	9,5	411	65,9	141	22,6
	КЕ	93	14,9	297	47,6	206	33	28	4,5

**Примітка: КГ – контрольні групи; ЕГ – експериментальні групи; Конст. Е – констатувальний етап; КЕ – контрольний етап (підсумковий контроль); к-ть – кількість студентів.*

Так, узагальнений аналіз результатів контрольного діагностування дозволяє засвідчити наступне: кількість учасників ЕГ, які характеризувалися початковим рівнем сформованості світоглядної культури зменшилася із 22,6% (на констатувальному етапі) до 4,5% (на контрольному етапі). Тоді як кількість учасників із початковим рівнем у КГ залишилася практично не змінною – в межах 22,2% – 22,9%; спостережено незначне зменшення кількості учасників КГ із середнім рівнем із 66,3% до 63,4%, а також значне зменшення у ЕГ із 65,9% до 33%; кількість учасників з достатнім рівнем у КГ дещо зросла (з 9,9% до 11,9%) й значно зросла у ЕГ (з 9,5% до 47,6%); за кількістю учасників із високим рівнем, зростання їх кількісної частки в КГ відбувалося із 1,6% до 1,8%, а у ЕГ від 2% до 14,9%, що більше ніж у КГ на 12,9 %.

Таким чином, досить чітко простежуються тенденції збільшення кількості учасників ЕГ з достатнім та високим рівнем світоглядної культури й зменшення кількості з початковим та середніми рівнями. Водночас, у КГ динаміка переважно була незначною, а у деяких випадках відсутньою.

Чітке дотримання плану експериментальних заходів, математично-статистична обробка отриманих емпіричних даних, дозволили забезпечити

об'єктивність та репрезентативність результатів експериментальної перевірки ефективності моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Графічне відображення динаміки змін рівня сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу в учасників ЕГ відображено на гістограмі 3.9.

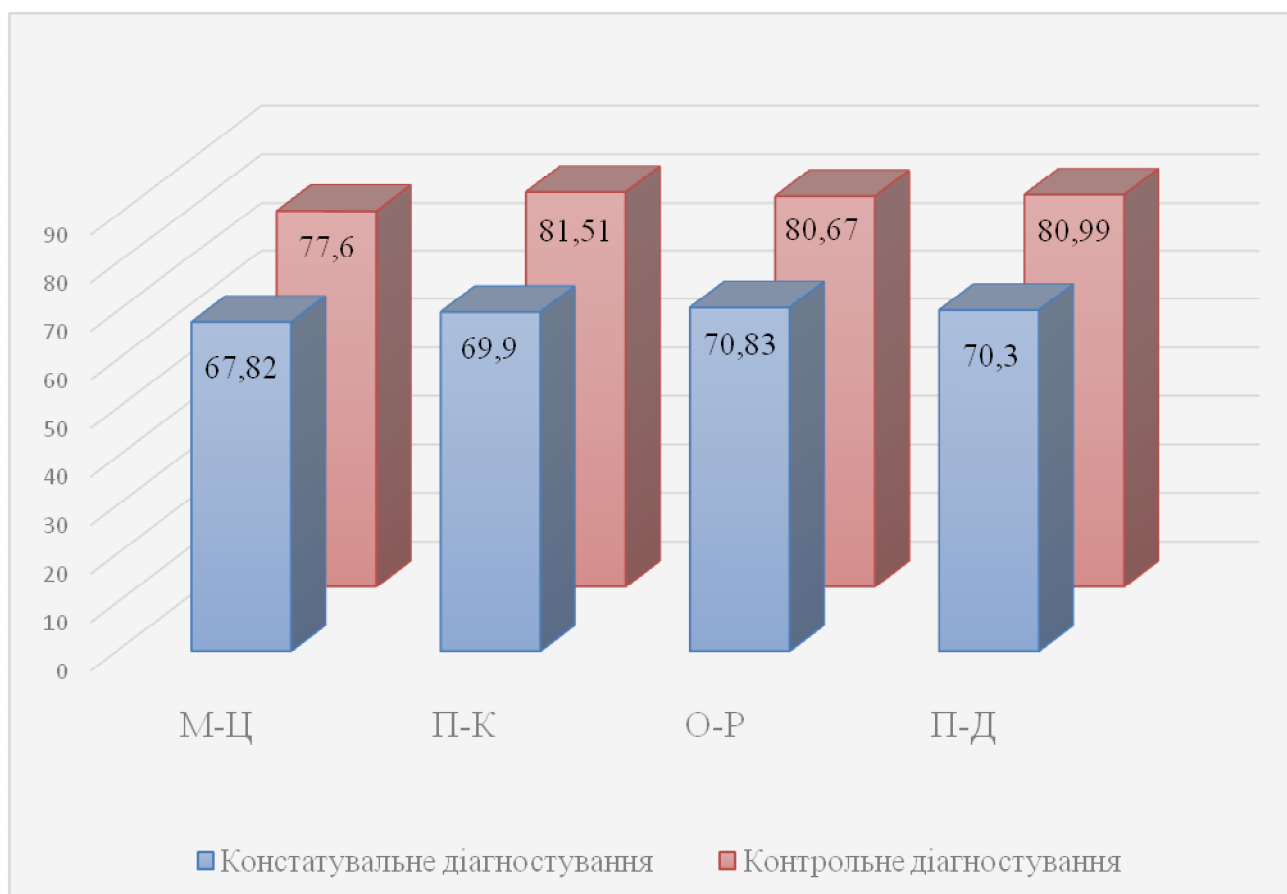


Рис. 3.9. Динаміка змін рівня сформованості компонентів світоглядної культури учасників ЕГ на етапах констатувального та контрольного діагностування

* примітка:

М-Ц – мотиваційно-ціннісний компонент

П-К – професійно-когнітивний компонент

О-Р – особистісно-розвивальний компонент

П-Д – практично-діяльнісний компонент

За результатами експериментальної перевірки, опираючись на числові показники отриманих емпіричних даних, результати їхньої перевірки за допомогою методів математичної статистики можемо констатувати, що

авторська модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу є значно ефективнішою у порівнянні із традиційними підходами формування світоглядної культури, а результати дослідження доцільно інтегрувати у навчальний процес закладів освіти, які здійснюють підготовку майбутніх медичних працівників.

Висновки до третього розділу

З метою перевірки ефективності розробленої моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу нами було організовано й проведено педагогічний експеримент. Метою експерименту виступала розробка та експериментальна перевірка моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Програма експерименту передбачала його проведення у три етапи: констатувальний, формувальний та контрольний. До експерименту було залучено 309 студентів (загальна вибірка) та 12 викладачів (експериментатори).

До методів математичної статистики обробки отриманих емпіричних даних на різних етапах педагогічного експерименту належали: t-критерій Стьюдента (з метою порівняння емпіричних показників учасників контрольних та експериментальних груп), критерій Колмогорова-Смирнова (для перевірки емпіричних даних на предмет відповідності нормальному розподілу) та критерій Пірсона (визначення статистично значущих відмінностей рівнів сформованості світоглядної культури учасників експериментальної вибірки на констатувальному та контрольному етапах дослідження).

Планування експериментальної роботи дозволило нам забезпечити ефективне проведення формувального етапу дослідження, який передбачав безпосередню перевірку ефективності моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Формувальний етап педагогічного експерименту тривав упродовж усього періоду вивчення дисциплін «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», «Основи медсестринства» й «Медична етика і деонтологія в медсестринстві», а також під час проходження майбутніми медичними сестрами виробничої практики.

З метою оптимізації процесу формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер викладачами-експериментаторами

упроваджувалися нові форми та методи організації освітнього процесу. Організація практичних занять дисциплін професійно-практичного циклу відбувалася на основі застосування ситуативно-творчих завдань, вирішення кейсів, розв'язування професійних завдань. Лекційні заняття проходили у формі інноваційних проблемних лекцій, лекцій-обговорень, тренінгів професійного зростання.

Забезпечення формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер під час виробничої практики забезпечувалося шляхом роботи учасників експерименту із щоденником розвитку світоглядної культури, який сприяв набуття індивідуальним рис професійної етики.

Оцінювання рівня сформованості світоглядної культури на контрольному етапі дослідження здійснювалося також за 100-бальною шкалою. Рівень сформованості світоглядної культури визначався за кожним із чотирьох компонентів.

Результати констатувального діагностування засвідчили, що середній показник сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту в КГ – 68,26, в ЕГ – 67,82; професійно-когнітивного в КГ – 70,37, в ЕГ – 69,9; особистісно-розвивального в КГ – 69,85 в ЕГ – 70,83; практично-діяльнісного 70,25 в КГ та 70,3 в ЕГ. Аналіз результатів констатувального діагностування засвідчив правильність відбору КГ та ЕГ, оскільки числові показники перебували на одному рівні, а розподіл учасників за рівнями корелювався у обох групах.

Після завершення формувального етапу дослідження експериментальною групою було проведене контрольне діагностування рівня сформованості професійної компетентності майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу. Аналіз результатів засвідчив, що кількість учасників ЕГ, які характеризувалися початковим рівнем сформованості світоглядної культури зменшилася із 22,6% (на констатувальному етапі) до 4,5% (на контрольному етапі). Тоді як кількість учасників із початковим рівнем у КГ залишилася практично не змінною – в межах 22,2% – 22,9%; спостережено незначне зменшення кількості учасників КГ із середнім рівнем із 66,3% до 63,4%, а також значне зменшення у ЕГ із 65,9% до 33%; кількість учасників з

достатнім рівнем у КГ дещо зросла (з 9,9% до 11,9%) й значно зросла у ЕГ (з 9,5% до 47,6%); за кількістю учасників із високим рівнем, зростання їх кількісної частки в КГ відбувалося із 1,6% до 1,8%, а у ЕГ від 2% до 14,9%, що більше ніж у КГ на 12,9 %.

Результати експериментальної перевірки, числові показники отриманих емпіричних даних та результати їхньої перевірки за допомогою методів математичної статистики дозволяють нам зробити висновок, що авторська модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу є значно ефективнішою у порівнянні із традиційними підходами формування світоглядної культури, а результати дослідження доцільно інтегрувати у навчальний процес закладів освіти, які здійснюють підготовку майбутніх медичних працівників.

Основні наукові положення розділу викладено в опублікованих працях [6, 16, 19, 20, 21, 22].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Проведений аналітичний огляд педагогічних, філософських, психологічних, соціологічних та культурологічних джерел засвідчує, що поняття «світоглядна культура» постає як особливий вид світогляду людини, який зумовлює реалізацію культурного способу життєдіяльності особистості (Н. Соболева, В. Гребеньков, А. Азархін); певна властивість внутрішнього світу людини, що складає інтелектуальний фундамент особистості й виступає істотною спонукою її активності (Т. Горохівська, В. Анрущенко, В. Смікал, В. Безрукова, Ю. Хайрулліна, Н. Крамська, О. Шаповал); «духовна вісь особистості» як своєрідний прояв духовності людини та невід'ємний елемент духовної культури особистості, підґрунтям якої є її власні цінності (Є. Бистрицький, В. Іванов, Г. Кремінь, В. Шамсутдинова, Г. Позизейко, М. Долженко, М. Тарасенко, Л. Абросимова, В. Лукевич, В. Козловський та інші). Таким чином, світоглядну культуру розуміємо як складне системне утворення, що у площині поєднання сутнісних ознак світогляду як репрезентанта внутрішнього Я індивіда в його спрямованості «людина-світ» та зовнішньої культури як джерела особистісної активності та творчості, постає своєрідною єдністю індивідуального і загального, суб'єктивного й об'єктивного.

Світосприйняття у цьому контексті являє собою спосіб самовизначення, саморозвитку і самосвідомості людини, що на основі культурної, духовної, моральної орієнтації забезпечує взаємовідносини індивіда з навколишнім світом. Світовідношення, на відміну від світогляду (норми, цінності, ідеали, знання, погляди, переконання, цілі) та світосприйняття (самовизначення, самоусвідомлення, саморозвитку особистості на основі культурних, духовних та моральних світоглядних орієнтирів), виступає не структурним елементом світогляду, а його практичним підґрунтям, не так поглядами або формою орієнтації людини у світі, як практичним втіленням світоглядних принципів у житті, набуваючи свого виразу у «моральнісному самовизначенні» (В. Малахов). Водночас реалізація світоглядної культури у проблемному полі

гуманітарного знання зумовлює затребуваність саме «моральнісного світовідношення» як такого духовно-практичного утворення, яке постає вагомим морально-етичним орієнтиром буття людини у світі, що базується на засадах любові та співстраждання, набуваючи особливого значення у сфері медичної діяльності.

Доведено, що світоглядна культура майбутніх медичних сестер – це складне комплексне духовно-практичне утворення, яке постає результатом формування світогляду майбутніх фахівців медичної справи та утвердженням в медичній практиці моральнісного світовідношення, що реалізується у контексті співвідношення медичний працівник-пацієнт на засадах високої культури, гуманності, інтелектуальної фаховості та співстраждання.

2. Встановлено, що етична спрямованість професійної діяльності зосереджена на широкому використанні вихідних моральних засад деонтології у сфері професійної етики, зокрема – медичної. Саме деонтологічний підхід відіграє значну роль у формуванні світоглядної культури медичного працівника, а етична діяльність медичної сестри є проявом її світоглядної культури, що містить деонтологічне змістове підґрунтя. Деонтологічний підхід в дисертаційному дослідженні витлумачується як реалізація в професійній діяльності медичних працівників принципів морального обов'язку та належного у контексті взаємовідносин з хворими та близькими, підґрунттям яких виступає любов, повага, турбота, співчуття та співстраждання.

Показано, що особливість формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу передбачає біосоціальний вимір медичної діяльності, який базується на взаємообумовленості як біологічних, так і соціальних чинників, і нерозривно пов'язаний із збереженням життя та здоров'я людини. Таким чином, окрім професійних знань, вмінь та навиків, спрямованих на біологічну природу хвороби, важливе місце у лікувально-профілактичних діях відведено деонтологічним підходам, орієнтованим на морально-етичні засади лікування, комунікативну взаємодію «медична сестра-пацієнт», гуманістичні ідеали та

цінності, що є свідченням сформованості світоглядної культури майбутньої медичної сестри.

3. У дисертації визначено та обґрунтовано наступні компоненти формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу: мотиваційно-ціннісний, професійно-когнітивний, особистісно-розвивальний, практично-діяльнісний. Комплексний аналіз означених компонентів дозволив експлікувати їх критерії, до яких віднесено: аксіологічний, інтелектуальний, гуманістичний та процесуальний. Це дало змогу охарактеризувати показники та рівні сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу. Проведена діагностика сформованості у майбутніх медичних сестер світоглядної культури засобами деонтологічного підходу засвідчила початковий, середній, достатній та високий рівні.

Означений спектр пошуків дав вагому підставу експлікувати поняття «педагогічні умови» з урахуванням мети та світоглядно-педагогічного контексту дисертаційного дослідження. Таким чином, педагогічні умови розглядаємо як взаємозалежність умов професійно-особистісного становлення та компонентів сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер, що сприяє їх свідомому підпорядкуванню морально-етичним імперативам та засвоєнню культурного та професійного досвіду.

Доведено, що процес формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами деонтологічного підходу успішно реалізується за таких педагогічних умов:

- актуалізація мотивації до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер під час навчання у медичному коледжі;
- активізація пізнавальної діяльності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки;
- забезпечення особистісного розвитку майбутніх медичних сестер у проєктивному вимірі гуманістичної парадигми;

- формування комунікативної культури майбутніх медичних сестер шляхом становлення комунікативно-освітнього та інтеракційно-діяльнісного середовища.

4. Розроблено структурно-функціональну модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер, яка відтворює фундаментальну стратегію змін під час навчання у медичному коледжі. Складовими спроектованої моделі є такі структурні блоки: цільовий, теоретико-методологічний, процесуально-змістовий та контрольньо-результативний. Реалізації дослідницької мети сприяли співвіднесені з нею педагогічні підходи (деонтологічний, культурологічний, аксіологічний, компетентнісний, гуманістичний, синергетичний, інтегративно-діяльнісний), а також відповідні педагогічні принципи (єдності теорії і практики, цілісності, суб'єктності, науковості, культуровідповідності, рефлексії, активності).

5. Здійснено експериментальну перевірку результативності педагогічних умов та ефективності структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у процесі вивчення дисциплін «Загальний догляд за хворими та маніпуляційна техніка», «Медична етика і деонтологія в медсестринстві», «Основи медсестринства» у контексті розроблених автором відповідного навчально-методичного забезпечення (методичні вказівки до занять з дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» та «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка»).

Розроблено та апробовано експериментально-дослідну роботу в контексті констатувального, формувального та контрольного етапів педагогічного експерименту, який тривав з 2016 по 2020 р.р.

Реалізація в навчальний процес експериментальних методик (моделювання комунікативних ситуацій, проблемного навчання, імітаційного моделювання, мозкового штурму, тренінгів професійного зростання, ділової гри, кейс-методів) у процесі реалізації педагогічних умов та ефективності впровадження структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного

підходу обумовило отримання наступних результатів в експериментальних групах, зокрема: значною мірою збільшився відсоток студентів з високим рівнем формування світоглядної культури засобами реалізації деонтологічного підходу від 2% до 14,9%, що більше ніж у КГ на 12,9 % та з достатнім рівнем – від 9,5% до 47,6%, що призвело до зменшення відсотків студентів з середнім рівнем (від 65,9% до 33%); істотно зменшився відсоток студентів з низьким рівнем сформованості світоглядної культури від 22,6% (на констатувальному етапі) до 4,5% (на контрольному етапі). Вірогідність отриманих результатів підтверджено методами математичної статистики.

Таким чином, результати проведеного педагогічного експерименту підтвердили гіпотезу, що педагогічні умови та авторська модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу у контексті впровадження традиційних, інноваційних й авторських методик навчання є значно ефективнішою у порівнянні із традиційними підходами формування світоглядної культури, а відтак результати дослідження доцільно інтегрувати у навчальний процес закладів освіти, які здійснюють підготовку майбутніх медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абросимова Л. Ф. Формирование мировоззренческой культуры студентов в вузе гуманитарного профиля : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Смоленск, 2009. 20 с.
2. Абросимова Л. Ф. Формирование мировоззренческой культуры студентов в вузе гуманитарного профиля ... дис. канд. пед. Наук. РГСУ филиал в Кисловодске: Кисловодск, 2009. 195 с.
3. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
4. Азархин А. В. Мировоззрение и эстетическое развитие личности. К.: Наукова думка, 1990. 192 с.
5. Азархин А. В. Эстетические факторы развития мировоззренческой культуры личности : автореф. дис. ... канд. филос. наук : 09.00.04. Киев, 1986. 14 с.
6. Академічний тлумачний словник української мови. [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://sum.in.ua/s>.
7. Александров В. Б. Противоречие в развитии личности (к понятию мировоззренческой культуры личности). Теоретические вопросы формирования мировоззренческой культуры личности. Калинин 1987. С. 27–30.
8. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. Л.: Изд. ЛГУ им. Жданова, 1968. 340 с.
9. Андреев В. И. Педагогика творческого саморазвития. Инновационный курс. Книга 1. Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1996. 567 с.
10. Андреева Г. М. Психология социального познания. Изд. 2. М.: Аспект-Пресс, 2000. 288 с.
11. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Київ, 2003. 21 с.
12. Андрущенко В. П. Світоглядна культура сучасного вчителя: проблеми формування. *Вища школа України*. 2002. № 3. С. 5–13.

13. Андрущенко В. П. Освіта в пошуку нових стратегій мислення. *Вища освіта України*. 2003. № 2. С. 5–6.
14. Арнольдov А. И. Культура и современность. Москва: Мысль, 1973. 159 с.
15. Артемов В. Ю. Теоретичні та методичні основи формування деонтологічної компетентності фахівців із організації захисту інформації з обмеженим доступом ... дис. д-ра пед. наук. Київ, 2015. 489 с.
16. Арцишевский Р. А. Мироззрение: сущность, специфика, развитие: монография. Львов: Вища школа, 1986. 196 с.
17. Аширов Д. А. Трудовая мотивация: [учеб.пособие]. М.: ТК Велби, Изд-во: Проспект, 2005. 448 с.
18. Бабанский Ю. К. Проблемы повышения эффективности педагогических исследований: дидактический аспект. М.: Педагогика, 1982. 192 с.
19. Бабосов Е. М. Духовный мир советского человека. Минск: Беларусь, 1983. 334 с.
20. Бабосов, Е. М., Гусев Ю. А. Научное мировоззрение содержание и роль в профессиональном становлении студенческой молодежи. *Воспитание мировоззренческой культуры студента в преподавании философии (современные проблемы и опыт решения)*. Минск: Университетское, 1990. С. 69–79.
21. Бакум З. П. Педагогічні умови формування професійної компетентності майбутніх дизайнерів одягу. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка*. Серія: Педагогіка. 2014. № 1. С. 44–49.
22. Балл Г. О. Гуманізація освіти як джерело особистісної свободи. *Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство*: науково-метод. зб.; ред. кол. Н. Софій, І. Єрмаков та ін. К.: Контекст, 2000. 336 с.
23. Балл Г. О. Культуротвірна функція психологічної науки: монографія. Кіровоград: Імекс – ЛТД, 2014. 64 с.

24. Бальсис А. Б. Мировоззрение в жизни человека и общества: особенности становления, формирования и развития научного материалистического мировоззрения трудящихся в зрелом социалистическом обществе. Вильнюс: Минтис, 1981. 384 с.

25. Бахтин М. М. Проблемы содержания, материала и формы в словесном художественном творчестве. *Вопросы литературы и эстетики*. Москва, 1975. С. 6–71.

26. Безрукова В. С. Основы духовной культуры: энциклопедический словарь педагога. Екатеринбург, 2000. 937 с.

27. Белкин А. С. Ситуация успеха. Как ее создать: [кн. для учителя]. Москва: Просвещение, 1991. 176 с.

28. Бердяев Н. А. Воля к жизни и воля к культуре. *Смысл истории*. М.: Правда, 1990. С. 162–176.

29. Бердяев Н. А. Философия творчества культуры и искусства: в 2 т. М.: Искусство, 1994. Т. 1. 554 с.

30. Бернс Р. Развитие «Я – концепции» и воспитание. Перевод с англ. Москва. Прогресс, 1986. 420 с.

31. Бєлих О. С. Духовні основи формування світогляду студентської молоді : автореф. ... д-ра пед. наук : 13.00.07. Східноукраїнський нац. університет ім. В. Даля. Луганськ, 2013. 40 с.

32. Битянова Н. Р. Психология личностного роста. Практическое пособие по проведению тренинга личностного роста психологов, педагогов, социальных работников. М.: МПА, 1995. 64 с.

33. Біда О. А. Сутність та структура дослідницької компетентності майбутніх фахівців. Наукові записки [Центральноукраїнського державного педагогічного університету імені Володимира Винниченка]. Сер.: *Педагогічні науки*. 2017. Вип. 159. С. 10–13. : Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nz_p_2017_159_3.

34. Білогур В., Макаренко С. Формування світоглядної культури студентів як основа управління процесом становлення їхньої системи цінностей. *Вища освіта України*. 2011. № 1. С. 93–99.

35. Богдан М. С. Психологічні особливості спілкування залежних від соціальних мереж. *Психологія і соціологія: проблеми практичного застосування*. 2014. С. 25–29.
36. Бодак В. А. Взаємодія науки і релігії у побудові смислової цілісності світу. Філософія та методологія гуманітарних наук: історія, концепції, можливості: матер. наук. конференції. Чернівці: Рута, 2005. С. 173–183.
37. Бондаревская Е. В. Педагогическая культура как общественная и личная ценность. *Педагогика*, 1999. № 3. С. 37–43.
38. Боровець О. В. До проблеми спрямованості особистості. *Нова педагогічна думка*. Науково-методичний журнал, 2005. №2. С. 90 – 93.
39. Бразалій Л. П. Степанова Г. М. Спілкування як основа ефективного навчання в медсестринстві. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*. Матер. Всеукр. наук.-практ. конференції. Житомир 23 листопада 2012 р. Житомир, 2012. С. 23–26.
40. Братанюк Л. Є. Основи права і законодавства в охороні здоров'я: підручник. 2-е вид. виправл. К.: Медицина, 2011. 544 с.
41. Бродовська В. Й., Патрик І. П., Яблонко В. Я. Тлумачний словник психологічних термінів. Київ: Професіонал, 2005. 224 с.
42. Булах І. С. Психологічні основи особистісного зростання підлітків : автореф. дис. д- ра психол. наук : спец. 19.00.07 К., 2004. 42 с.
43. Бур'янова В. В. Професійна культура як одна з якостей особистості майбутнього фахівця фармації. *Актуальні питання підготовки майбутніх фармацевтичних та медичних фахівців в умовах сучасної освіти*. Збірник матер. наук.-практ. конференції від 24. 03. 2016 р. С. 37–39.
44. Буянов В. С. Научное мировоззрение: Социально-философский аспект. М.: Политиздат, 1987. 208 с.
45. Бухлова Н. В. Сутнісний зміст поняття «Самоосвітня компетентність». *Наукова скарбниця освіти Донеччини*. 2008. № 1. С. 4.
46. Б'юдженал Дж. Третя сила у психології. Гуманістична психологія: Антологія в 3-х т. / За ред. Р. Трача і Г. Балла. Т. 1: *Гуманістичні підходи в західній психології XX століття*. К., 2001. 252 с.

47. Вайнола Р. Х. Педагогічні засади особистісного розвитку майбутнього соціального педагога в процесі професійної підготовки: автореферат дис. докт. пед. наук: 13.00.04. Нац пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2009. 44 с.

48. Васильченко Р. В. Освітні пріоритети формування світоглядної культури у суспільстві ризику. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. Сер. Філософія. 2012. Вип. 39. С. 212–220.

49. Важинський С. Е. Методика та організація наукових досліджень: навч. посіб. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 260 с.

50. Великий тлумачний словник сучасної української мови : 250000 / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ, Ірпінь: Перун, 2005. Т. VIII. 1728 с.

51. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. Москва: Высшая школа, 1991. 207 с.

52. Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. Історія медицини. Підручник для студентів медичних інститутів. Видання четверте, виправлене і доповнене. Київ: Вища школа, 1991. 431 с.

53. Вітенко І. С. та ін. Основи загальної і медичної психології: навч. пос. / упоряд. І. С. Вітенко, Л. М. Дутка, Л. Я. Зименковська. Київ: «Вища школа», 1991. 271 с.

54. Выготский Л. С. История развития высших психических функций. Собрание сочинений: в 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 3. 368 с.

55. Галімов А. В. Акмеологічні системи забезпечення якості підготовки фахівця. *Освітньо-наукове забезпечення діяльності правоохоронних органів і військових формувань України: III Всеукраїнська науково-практична конференція [Серія: Психолого-педагогічні науки] / Державна прикордонна служба України, Національна академія Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького*. Хмельницький: Видавництво НАДПСУ, 2010. С. 52–54.

56. Галімов А. В. Теоретико-методичні засади підготовки майбутніх офіцерів-прикордонників до виховної роботи з особовим складом: монографія. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2004. 376 с.

57. Герасименко С. Л. Коммуникативная культура врача: проблемы и опыт формирования в медицинском вузе. *Вестник Мордовского университета*. 2009. № 2. С.206–213.

58. Гердер И. Г. Идеи к философии истории человечества. Москва: Наука, 1977. 703 с.

59. Гончаренко С. У. Гуманізація освіти. *Енциклопедія освіти*. Акад. пед. наук України. К.: Юрінком Інтер, 2008. С. 156–58.

60. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: *Методологічні поради молодим науковцям*. Київ – Вінниця: ДОВ «Вінниця», 2008. 278 с.

61. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ: Либідь, 1997. 374 с.

62. Гора Н. В. Педагогічні умови формування професійної компетентності майбутніх товарознавців. *Молодий вчений*. 2018. № 6(1). С. 134–137.

63. Горохівська Т. М. Формування світоглядної культури майбутніх вчителів історії у процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2009. 20 с.

64. Грандо А. А. Лікарська етика і медична деонтологія. Київ: Вища школа, 1988. 192 с.

65. Гребенник Ю. Зміст формування комунікативної культури майбутніх медичних працівників у медичних коледжах Великої Британії. *Педагогічні науки*, 2015. № 63. С. 89–95.

66. Гребеньков В. Н. Взаимосвязь мировоззренческой и методологической культуры в духовном мире личности офицера : автореф. дис. ... канд. филос. наук: 09.00.11. Москва, 1993. 20 с.

67. Гудинг Д., Леннокс Дж. Людина та її світогляд; [переклад з англійської під ред. М. А. Жупонюка]. Київ: УБТ, 2006. Т. 2. 376 с.

68. Гуляєв М. П. Деонтологічні аспекти медсестринства в педіатрії. Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи : матер. Всеукр. наук.-практ. конф. м. Житомир, 10-11 листоп. 2011 р. Житомир: Полісся, 2011. С. 83–86.

69. Гуманизм и антигуманизм в медицине: Методические разработки для студентов по врачебной этике / И. И Косарев, В. Ф. Новодранова и др. Москва: ММИ им. Сеченова, 1984. 106 с.

70. Гумбольт В. Язык и философия культуры. Москва: Прогресс, 1985. 452 с.

71. Гуменюк О. Розвиток професійної «Я-концепції» студента як фактор його фахової адаптації. Гуманітарні основи професійної адаптації майбутніх фахівців: Монографія / За ред. Г. П. Васяновича, С. М. Вдович. Львів: Сполом, 2009. С. 44–56.

72. Гуревич П. С. Философия человека: В 2 ч. Москва: ИФ РАН, 2001. Ч. 2. 209 с.

73. Гусинский, Э. Н. Введение в философию образования / Э. Н. Гусинский, Ю. И. Турчанинова. М.: Логос, 2001. 224 с.

74. Дахин А. Н. Педагогическое моделирование [Текст]: монографія / А. Н. Дахин. Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2005. 230 с.

75. Дем'янюк Т. Формування духовно-моральних рис особистості в навчально-виховному процесі. *Нова педагогічна думка. Науково-методичний журнал*. 2005. №3. С. 138 – 144.

76. Деонтология в медицине : в 2 т. / под общ. ред. Б. В. Петровского. Москва: Медицина, 1988. Т. 1. 352 с.

77. Деонтология в медицине : в 2 т. / под общ. ред. Б. В. Петровского. Москва: Медицина, 1988. Т. 2. 416 с.

78. Дистервег А. О. Природосообразности и культуросообразности в обучении. *Народное образование*. 1998. № 7–8. С. 193–197.

79. Долженко В. О. Виховання духовних цінностей у студентської молоді в полікультурному просторі : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07. Луганськ: Східноукр. нац. Ун-т ім. В. Даля, 2006. 20 с.

80. Дурманенко О. Теоретичний аналіз поняття «педагогічні умови» в контексті моніторингу виховної роботи у вищому навчальному закладі. [Електронний ресурс]. *Молодь і ринок*. 2012. № 7. С. 135-138. : Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2012_7_34.

81. Духов Л. Н. Сущность и современное состояние мировоззренческой культуры личности в советском обществе : автореф. дис. ... канд. филос. Наук : 09.00.02. Москва: [Б.И.] 1990. 25 с.

82. Етичний кодекс медичної сестри України [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://medsprava.com.ua/korisna_informatsija/etichnij_kodeks_medichnoyi_sestri_ukrayini/

83. Жадько В. О. Проектна педагогіка як засіб формування світоглядної культури та історичної пам'яті майбутнього вчителя. *Нова парадигма: Журнал наукових праць*. Вип. 59. Київ: Вид. НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2006. С. 47–56.

84. Женеvська декларація всесвітньої медичної асоціації // Донецький національний медичний університет [Електронний ресурс]. 2005–2016. Режим доступу : <http://www.dsmu.edu.ua/zhurnali-donnmu/267-zagalni-vidomosti/3421-zhenevaska-deklaratsiya>.

85. Желанова В. В. Рефлексивно-контекстне освітнє середовище як чинник професійної підготовки майбутнього вчителя початкових класів у ВНЗ. *Педагогічний дискурс*. Випуск 11. 2012. С. 88–93.

86. Жильцов О. Б. Теорія ймовірностей та математична статистика у прикладах і задачах : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. Г. О. Михаліна. Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. 336 с.

87. Жовнерчук В., Голумбевська В. Моральна та юридична відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці. *Журнал головної медичної сестри*. 2015. № 2. С. 42–47.

88. Загвязинский В. И. Идея, замысел и гипотеза педагогического исследования. *Педагогика*, 1997. № 2. С. 23–29.

89. Закон України «Про вищу освіту». *Вища школа*. 2002. № 6. С. 74–121.

90. Закусилова Т. О. Актуалізація професійних цінностей у контексті формування професоналізму майбутніх медичних сестер. Scientific Journal «ScienceRise: Pedagogical Education», 2016. № 11 (7). С. 48–51.

91. Залужная А. Бытие человека в мире культуры: опыт киевской философской школы. Сборник научных статей / редкол. В. Калмыков. Белорусь: Гомельский университет им. Ф. Скорины. С. 24–29.

92. Залужна А. Є. Морально-естетичні засади життєвого світу людини. Монографія. Рівне: НУВГП, 2012. 238 с.

93. Залужна А. Є., Ковтун О. М. Компоненти та критерії сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. International scientific and practical conference «*Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage*»: (Baia Mare, Romania Decmber 21-22, 2018). Izdevnieciba «Baltija Publishing». P. 57–58.

94. Залужна А. Є., Ковтун О. М. Світогляд і світоглядна культура особистості в проблемному полі філософсько-педагогічної рефлексії. *Науковий журнал «Інноваційна педагогіка»*. Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій. Випуск 4. Т. 1. Одеса, 2018. С. 127–131.

95. Зимняя И. А. Педагогическая психология. М.: Логос, 1999. 384 с.

96. Иванов В. П. Мировоззренческие проблемы эволюции природы и становления человеческого мира. *Человек и мир человека*. Київ, 1977. С. 29–98.

97. Иванюшкин А. Я. История и этика сестринского дела. Москва: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. 166 с.

98. Ильин И. А. Путь к очевидности М.: Республика, 1993. 431 с.

99. Ионин Л. Г. Социология культуры: учеб. Пособие. М.: Логос, 1998. 280 с.

100. Исаев И. Ф. Профессионально-педагогическая культура преподавателя. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 208 с.

101. Іваненко Л. Спосіб життя батьків як детермінанта здоров'я дітей. Науковий журнал Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2014. № 2 (36). С. 411–420.

102. Ісаєв І. Ф. Професійно-педагогічна культура як предмет наукового дослідження. *Теоретичні питання культури, освіти та виховання*. Збірник наукових праць, вип. № 42. КНАУ, 2010. С. 143–147.

103. Каган М. С. Философия культуры. СПб.: ТТОТК «Петрополис», 1996. 416 с.

104. Кант И. Идея всеобщей истории во всемирно – гражданском плане. Сочинения на немецком и русском языках: в 4 т. Москва, 1994. Т. 3. 784 с.

105. Кант И. Лекции по этике / И. Кант : пер. с нем. М.: Республика, 2000. 431 с.

106. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія: Підручник 2 - ге видання. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.

107. Качалова Л. П. Педагогическая импровизация: теоретическое обоснование основных понятий, обеспечивающих диссертационное исследование: монография. Шадринск, 2006. 185 с.

108. Климов Е. А. Основы психологии. М.: Культура и спорт, 1997. 295 с.

109. Ковальчук І. А. Світоглядна культура особистості в контексті дефінітивних підходів. SWorld: сб. науч. трудов. Иваново, 2013. Вып. 3. Т. 17. С. 7–15. [Електронний ресурс] : Режим доступу URL: <https://sworld.com.ua/konfer32/274.pdf>

110. Ковтун О. М. Аспекти формування світоглядної направленості особистості. *Психологія і педагогіка: актуальні питання*. Збірник тез міжнар. наук.-практичної конференції (м. Харків, Україна, 13 – 14 квітня 2018р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2018. С. 75–79.

111. Ковтун О. М. Деонтологічний підхід та його роль у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис*

Національного педагогічного університету ім. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. Випуск 61. Київ, 2018. С. 134–139.

112. Ковтун О. М. Деонтологія як вагомий чинник формування світоглядної культури медичних сестер. *Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії*: Матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. конфер. (Рівне, 6 грудня 2018 р.) / Редкол. Бошицький Ю. Л., Українець С. Я. Рівне, 2018. С. 224–226.

113. Ковтун О. М. Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка. Практикум: навч. посіб. [Електронне видання]. Рівне: РДБМК, 2019. 263 с.

114. Ковтун О. М. Дослідження дефініції «культура». *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі*. Матеріали міжнар. наук.-практичної конференції (м. Київ, Україна, 6 – 7 квітня 2018 р.). К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2018. Ч. 2. С. 39–41.

115. Ковтун О. М. Дослідження феномену світоглядної культури. *Актуальні питання сучасних педагогічних наук*: зб. наук робіт учасників міжнар. науково-практичної конференції (Одеса, 16 – 17 лютого 2018 р.) Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2018. С. 12–14.

116. Ковтун О. М. Дослідно-експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *East European Scientific Journal* 7(47). Warszawa (Poland), 2019. P. 38–46.

117. Ковтун О. М. Дослідно-експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки*: матеріали всеукр. наук.-практ. конференції (Запоріжжя, 24 – 25 травня 2019 р.) Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. С. 105–109.

118. Ковтун О. М. Медична деонтологія в умовах сучасності. *Key Issues of Education and Sciences: Development Prospects for Ukraine and Poland: international multidisciplinary conference* (Stalowa Wola 20-21 juli 2018). Stalowa Wola: Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2018. Volume 6. P. 103–105.

119. Ковтун О. М. Методичні вказівки до практичних занять з дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» для освітньо-кваліфікаційного рівня сестра-медична за спеціальністю 223 «Медсестринство» денної форми навчання. [Електронне видання]. Рівне: РДБМК, 2019. 26 с.

120. Ковтун О. М. Методичні вказівки до практичних занять з навчальної дисципліни «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» для освітньо-кваліфікаційного рівня сестра-медична за спеціальністю № 5.12010101 «Лікувальна справа» денної форми навчання. [Електронне видання]. Рівне: РДБМК, 2019. 127 с.

121. Ковтун О. М. Модель формування світоглядної культури. *The 5th International youth conference – Perspectives of science and education*. (October 19, 2018) SLOVO/WORD, New York, USA. 2018. С. 154–165.

122. Ковтун О. М. Модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *Нова педагогічна думка: науково-методичний журнал*. 2019. №1 (97). С. 29–33.

123. Ковтун О. М. Організація та визначення напрямків дослідження формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *The 20-th International scientific and practical conference «Problems and perspectives of modern science and practice»*: (Athens, Greece 8 – 9 june 2020). Available at: DOI:10.46299/ISG.2020.XX : URL: <http://isg-konf.com>. P. 184–186.

124. Ковтун О. М. Особливість формування світоглядної культури медичних працівників (медичних сестер) як вагомий чинник становлення культури особистості. *Педагогічні науки: збірник наукових праць Херсонського державного університету*. 2017. Випуск LXXXII. Т. 1. С. 136–139.

125. Ковтун О. М. Особливості деонтологічного підходу в контексті становлення професійно-етичної культури медичних працівників. *International scientific conference «Modernization of educational system: world trends and national peculiarities»*: Conference Proceedings, (Kaunas, February 23 th, 2018). Kaunas: Izdevnieciba «Baltija Publishing» P. 39–42.

126. Ковтун О. М. Особливості педагогічного експерименту та педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних

сестер. Матеріали I міжнародної науково-технічної конференції «Інноваційні технології розвитку машинобудування та ефективного функціонування транспортних систем». Секція 5: «Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки фахівців у закладах вищої освіти» (м. Рівне, 21–23 травня 2019 р.) Рівне: НУВГП, 2019. С.181–182.

127. Ковтун О. М. Пацієнт-центричний підхід відносин у деонтологічній практиці. Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук: матеріали міжнар. наук.-практ. конференції (Харків, Україна, 8 – 9 березня 2019 р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2019. С 41–44.

128. Ковтун О. М. Світоглядна культура в сучасній інтерпретації. Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології: Збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.- практ. конференції (Львів 22–23 червня 2018 р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2018. С. 72–75.

129. Ковтун О.М. Теоретико-методологічні координати дослідження феномена світоглядної культури в педагогічній традиції. *Педагогічні науки: збірник наукових праць Херсонського державного університету*. 2017. Випуск LXXX. Т. 2. С. 162–166.

130. Козак Х. І. Формування професійної ідентичності майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи на засадах деонтологічного підходу : автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницька гуманіт.-пед. академ. Хмельницький, 2019. 20 с.

131. Козяр М. М., Тимощук О. С. Проблемна лекція як методичний інструмент навчання охорони праці майбутніх вчителів технологій. *Професійна освіта: проблеми і перспективи*, 2014. № 6. С. 87–92.

132. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійної етики майбутніх фахівців. *Педагогіка і психологія професійної освіти*, 2014. № 5. С. 215–222.

133. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах. Монографія. Львів: «Край», 2013. 296 с.

134. Кон И. С. В поисках себя: личность и её самосознание. М.: Политиздат, 1984. 335 с.
135. Кондрашова Л. В. Методические рекомендации по специализированию активных методов обучения в преподавании психологических дисциплин. Кривой Рог: КГПИ, 1990. 34 с.
136. Коренюгина Т. Ю. Развитие представлений о психологических и этических аспектах сестринского дела. *Вопр. психологии*. 2007. № 6. С. 153–160.
137. Корміна Л. І. Світоглядні поняття як визначальний структуротворчий елемент цілісних знань суб'єкта світогляду. *Науковий вісник Волинського нац. Ун-ту ім. Л. Українки*. Серія: Педагогічні науки Волинь, 2009. С. 32–35.
138. Корнаухова Т. А. Формирование нравственно-профессиональных ценностей у будущего медицинского работника в процессе обучения в колледже ... дис. канд. пед. наук : Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина, 2015. 222 с.
139. Кошелева А. О. Становление социально-нравственной зрелости личности в условиях высшего профессионального образования ... дис. канд. пед. наук : Орел, 2001. 193 с.
140. Кравченко О. П. Роль гуманітарних дисциплін у формуванні професійної етики медичної сестри. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 10 – 11 листоп. 2011 р.). Житомир: Полісся, 2011. С. 146–147.
141. Кравченко О. П. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер у навчально-виховному процесі медичного коледжу : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04. К., 2014. 24 с.
142. Краевский В. В. Предметное и общепредметное в образовательных стандартах. *Педагогика*, 2003. № 3. С. 3–10.

143. Крамская Н. В. Городской дизайн – фактор формирования мировоззренческой культуры молодёжи: монография. Тюмень: Вектор Бук, 2007. 176 с.

144. Крамская Н. В. Ролевые функции городского дизайна в процессе формирования мировоззренческой культуры молодежи : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. соц. наук. Тюмень, 2008. 18 с.

145. Краткий психологический словарь. [под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского]. 2 изд. Ростов н/Д: «Феникс», 1999. 512 с.

146. Кривега Л. Д. Мировоззренческие ориентации личности в условиях трансформации общества. Запорожье: ЗГУ, 1998. 202 с.

147. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів: дис. ... канд. пед. наук. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2004. 205 с.

148. Культура. *Философия: энциклопедический словарь* / Под ред. А. А. Ивина. М.: Гардарики, 2004. 1072 с.

149. Культура и развитие человека: (очерк филос.-методол. проблем) / В. Иванов [и др.]. К.: Наук. думка, 1989. 320 с.

150. Культурологія: теорія та історія культури. Навч. Посібник / за ред. І. І Тюрменко, О. Д. Горбула. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 368 с.

151. Курбатова Л. А. Мировоззрение как фактор деятельной сущности человека : дис. канд. филос. Наук. М., 1999. 130 с.

152. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2009. 23 с.

153. Кыверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике. Таллин: Валгус, 1980. 335 с.

154. Левкович В. П. Моральная регуляция поведения и активности личности. *Социальная психология личности*. М.: Наука, 1979. С. 63–84.

155. Левченко Л. С. Особливості формування світогляду студентської молоді: Методичні рекомендації для викладачів, кураторів. Суми: Видавництво СумДУ, 2002. 11 с.

156. Леонтьев Д. А. Мировоззрение. *Человек: философско-энциклопедический словарь* / под ред. И. Т. Фролова. М.: Наука, 2000. С. 193–194.
157. Лисак В. М. Проблеми педагогічної деонтології в історико-дидактичних дослідженнях. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. Науково-методичний журнал. 2009. № 1. 268 с.
158. Литвин А. В. Методологічні засади поняття «педагогічні умови». Львів: СПОЛОМ, 2014. 76 с.
159. Лодатко Є. О. Моделювання в педагогіці: точки відліку [електронний ресурс]. *Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденції розвитку*. 2010. Вип. №1.: Режим доступу: http://www.intellectinvest.org.ua/ukr/pedagog_editions_emagazine_pedagogical_science_vypuski_n1_2010_st_2.
160. Лучкевич В. В. Формування світоглядної культури учнів у процесі вивчення іноземної мови. *Лінгвістичні дослідження: Зб. наук. пр. Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди* / ред. кол.: Л. А. Лисиченко (гол. ред.), С. І. Дорошенко, А. Т. Гулак та ін. Харків, 2011. Вип. 32. С. 274–279.
161. Ляудис В. Я. Новая парадигма педагогической психологии и практика инновационного образования. *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология*. 1998. № 2. С. 88–97.
162. Малахов В. А. Нравственное мироотношение в искусстве: Философско-эстетический анализ : автореф. дис. ... доктора философских наук. КНУ им. Т. Г. Шевченка. Киев, 1992. 56 с.
163. Малахов В. А. Смысл жизни и нравственное отношение личности к миру. М.: Знание, 1986. 62, [2] с. (Новое в жизни, науке, технике. Этика ; 7/1986).
164. Маноха И. П. Человек и потенциал его бытия. К.: Стимул, 1995. 126 с.
165. Маслоу А. Г. Мотивация и личность. / Перевод. с англ. Татлыбаевой А. М. СПб.: Евразия, 1999. 478 с.

166. Маслоу А. Г. Новые рубежи человеческой природы. / Перевод с англ. М., 1999. 425 с.

167. Матвеев В. Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. Москва, «Медицина», 1989. 178 с.

168. Матюшкин А. М. Проблемные ситуации в мышлении и обучении. М.: Педагогика, 1972. 208 с.

169. Матузаева Н. О. Психологічні та етико-деонтологічні аспекти підготовки медичної сестри до спілкування з пацієнтом. *Магістр медсестринства* 2015. № 2 (14). С. 32–39.

170. Махмутов М. И. Организация проблемного обучения в школе. М.: Просвещение, 1977. 240 с.

171. Маценко Ж. М. Духовність: феномен психології та об'єкт виховання. К., Освіта України, 2010. 100 с.

172. Мельник В. В. Культурна глобалізація як рушійна сила розвитку сучасного соціуму. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії і практики*: [зб. наук. пр.]. Класичний приватний університет. 2012. Вип. 54. С. 184–196.

173. Мельничук І. М., Стасюк І. Л. Особливості формування деонтологічної компетентності у професійній підготовці майбутніх бакалаврів сестринської справи. *Науковий журнал «Молодий вчений»* 2017. № 3 (43). С. 90–93.

174. Мельничук І. М. Формування професійної ідентичності майбутніх соціальних працівників в умовах тренінгу. *Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки*: зб. наук. праць / відп. ред. Т. І. Сущенко. Київ-Запоріжжя, 2008. Вип. 48. С. 214–221.

175. Методика «Вивчення мотивації навчання у виші» Т. І. Ільїна [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://kpnu.edu.ua/wpcontent/uploads/sites/13/2014/01.pdf>.

176. Методика «Диагностирования уровня эмпатии И. М. Юсупова» общительности. Режим доступа : <http://docpsy.ru/testy/diagnostika-motivatsii/5058-metodika-diagnostika-urovnya-empatii-i-m-yusupova.html>.

177. Методика для діагностики учбової мотивації студентів (А. А. Реан і В. А. Якунін, модифікація Н. Ц. Бадмаєвой). *Вплив мотиваційного чинника на розвиток розумових здібностей*: Монографія. Улан-Уде, 2004. 280 с.

178. Методика Рокича. Ценностные ориентации. [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://psycabi.net/testy/320-metodika-rokicha>.

179. Миленкова Р. В. Механізми формування професійної відповідальності в процесі фахової підготовки студентів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інновації, технології*: [науковий журнал]. Суми: Сум ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. С. 321–329.

180. Мировоззренческая культура личности (философские проблемы формирования) / В. П. Иванов, Е. К. Быстрицкий, Н. Ф. Тарасенко, В. П. Козловский. Киев: Наукова думка, 1986. 295 с.

181. Мирпольська Н. Є. Формування художньої культури учнів загальноосвітньої школи засобами мистецтва слова : автореф. ... д-ра пед. наук: 13.00.01. Ін-т педагогіки АПН України. Київ: [б. в.], 2003. 36 с.

182. Михайловский В. Н. Мировоззрение и современная картина. Светов Ленинград, 1986. 99 с.

183. Михельсон А. Д. Объяснение 25000 иностранных слов, вошедших в употребление в русский язык со значением их корней. М.: 1865. [Електронний ресурс]. Режим доступа : <http://www.inslov.ru>.

184. Монахова Г. А. Образование как рабочее поле интеграции // Педагогика, 1997. №5. С. 52–55.

185. Мухров И. С. Условия формирования профессиональных компетентностей молодых квалифицированных рабочих в системе начального профессионального образования [Електронний ресурс]. Современные проблемы науки и образования. 2012. № 3. Режим доступа : <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6195>.

186. Мясищев В. Н. Психология отношений. М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 231 с.

187. Надибська О. П. Феномен соціальних пріоритетів: ціннісно-епістемологічний вимір : автореф. ... д-ра філософ. наук : 09.00.03. Інститут

вищої освіти Національної Академії педагогічних наук України. Київ, 2011. 38 с.

188. Наконечна О. Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії: Матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конфер. / Редкол. Бошицький Ю. Л., Українець С.Я. Рівне, 2017. 232 с.

189. Нарійчук М. Д. Соціально-педагогічні умови становлення самооцінки особистісних моральних якостей студентів медучилища у поза навчальній діяльності : автореф. ... канд.. пед. наук : 13.00.05. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. К., 2003. 20 с.

190. Неймарк М. З. Психологическое изучение направленности личности подростка : автореф. ... д-ра психол. наук, М., 1972. 28 с.

191. Немов Р. С. Психология: в 3-х книгах, Кн. 2. Психология образования. М.: ВЛАДОС, 1997. 496 с.

192. Нестеренко В. Г. Вступ до філософії : онтологія людини: навч. посіб. для студентів вищих учб. закл. К.: Абрис, 1995. 336 с.

193. Николаев Н. Основная цель идейно-воспитательной работы партии. Политическое образование, 1984. №9. С. 32–39.

194. Нечипорук Л. І. Ноосферна освіта як механізм формування моральної культури особистості. *Інноватика у вихованні*. Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. 2015. Вип. № 2. С. 198–203

195. Нечипорук О. В. Роль світоглядних позицій у формуванні емоційної культури майбутніх вихователів. Український науковий журнал «*Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації*» КУ «Україна» / гол. ред. Бебик В. 2010. №2, С. 136–140.

196. Новиков Д. А. «Статистические методы в педагогических исследованиях (типовые случаи)». М.: МЗ-Пресс, 2004. 67 с.

197. Огурцов Н. Г. К вопросу о системе критериев диагностики эффективности процесса формирования мировоззрения старшеклассников в процессе обучения. *Формирование коммунистического мировоззрения школьников*. М.: Педагогика, 1978. С. 111-114.

198. Олексюк О. М. Формування духовного потенціалу студентської молоді в процесі професійної підготовки : автореф. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 Київський ун-т ім. Т. Г. Шевченка. К., 1997. 50 с.

199. Ольхова Н. Аналіз моделі формування світоглядної культури студентів університету. Режим доступу : URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2012_7_35

200. Онушкин В. Г. Образование взрослых: междисциплинарный словарь. СПб., Воронеж: ИОВ РАО, 1995. 232 с.

201. Павлюк В. Психологія обходження з хворими: діагностика професійного типу медичних сестер. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. №2. С. 75–78.

202. Папковская П. А. Методология научных исследований. Минск: Информпресс, 2002. 171 с.

203. Пасечко Н. В. Основы сестринської справи. Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. 496 с.

204. Педагогический словарь / под ред. Г. М. Коджаспировой, А. Ю. Коджаспирова. М.: Академия, 2000. 176 с.

205. Педагогический словарь: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под. ред. В.И. Загвязинского, А. Ф. Закировой. М.: Академия, 2008. 352 с.

206. Переймибіда Л. В. Організаційні засади діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 К., 2008. 21 с.

207. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. 5-е изд., перераб. Л.: Медгиз, 1956. 64 с.

208. Писарчук О. Т. Організація освітньо-розвивального середовища в системі підготовки майбутнього вчителя початкової школи. Тернопіль: Вектор, 2015. 60 с.

209. Писклинець У. М. Розвиток технічної творчості студентів-медиків під час вивчення курсу «Медична біологія і фізика». *Педагогічний альманах*. 2010. Вип. 7. С. 150–153.

210. Плахотнік А. М. Формування моральної культури засобами мистецтва в процесі підготовки лікарів. *Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих навчальних медичних та фармацевтичних закладах України*: матеріали доповідей науково-методичної конференції. Луганськ, 2000. С. 279.

211. Пов'якель Н. І. Концептуальна модель та особливості професійного розвитку регулятивної культури мислення практичного психолога [Електронний ресурс]. : Режим доступу: www.psycience.com.ua/department/texty/v8.2/poviakel.doc.

212. Погрібна В. Л. Соціологія професіоналізму: монографія. К.: Алерта: КНТ: ЦУЛ, 2008. 336 с.

213. Подповетная Ю. В. Концепция развития научно-методической культуры преподавателя ВУЗа : дис. ... д-ра пед. Наук : 13.00.08. Челябинск, 2012. 450 с.

214. Позизейко Г. В. Становление мировоззренческой культуры личности в условиях профессионального образования в вузе : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. пед. наук: 13.00.08. Брянск, 2002. 21 с.

215. Позизейко Г. В. Становление мировоззренческой культуры личности в условиях профессионального образования в ВУЗе: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Брянск, 2002. 220 с.

216. Полевой Ю. Л. Системный подход к построению учебного предмета в ВУЗе и формирование технического мышления современного инженера. *Психологические проблемы профессионального обучения*. М.: МГУ, 1979. С. 10–52.

217. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике. М.: Высш. шк., 2004. 512 с.

218. Попіль М. І., Галян І. М. Психологічні умови становлення професійної ідентичності майбутніх медсестер. *Науковий вісник Львівського держ. університету внутрішніх справ*. Серія психологічна: [збірник наукових праць / гол. ред. В. Л. Ортинський]. Львів: ЛьвДУВС, 2008. Вип. 1. С. 130–141.

219. Попович М. В. Культура. *Енциклопедія сучасної України*: у 30 т. НАН України. Наук. т-во ім. Т. Шевченка, Інститут енциклопед. Дослідж. НАН України. Т.16. [Куз - Лев]. Київ, 2003. 711 с.

220. Потапюк Л. Відповідальність як одна із визначальних характеристик зрілості людини та її особистісного розвитку. *Менеджмент XXI століття: глобалізаційні виклики*: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції: збірник наукових праць / за ред. І. А. Маркіної. Полтава: ТОВ «Сімон», 2020. С. 258–261.

221. Почуєва О. О. Моделювання в теорії управління освітніми процесами. Збірник тез Всеукраїнської Інтернет-конференції (26 листопада – 3 грудня 2012 року). Режим доступу : URL: http://www.zoippo.zp.ua/pages/el_gurnal/pages/vip10.html.

222. Примачок Л. Л. Особливості виховання особистості студента-медика. *Психолого-педагогічні науки*. 2014. №1. С. 59–65.

223. Прищак М. Д. Психологія Ч. 2: навчальний посібник / М. Д. Прищак, Л. А. Мацко. Вінниця: ВНТУ, 2012. 103 с.

224. Проблеми і перспективи розвитку медсестринства у світі і в Україні (історичний аспект і сучасність. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 10 – 11 листоп. 2011 р.) / відп. ред. В. Й. Шатило. Житомир: Полісся, 2011. С. 16–26.

225. Проблемы формирования мировоззренческой культуры. Смоленск: [б. и.], 1989. 274 с.

226. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 223 «Медсестринство» для першого (бакалаврського) рівня освіти. [Електронний ресурс]: Наказ МОН України № 1344, від 5. 12. 2018р. м. Київ. Режим доступу :
<https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>.

227. Про Клятву лікаря [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 15.06.1992 р. № 349. Режим доступу :
<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/349/92>.].

228. Прокопчук В. Ю. Збірник ситуаційних задач з основ медсестринства: навч. посіб. [Електронне видання]. Рівне: НУВГП, 2019. 212 с.

229. Прокопчук В. Ю. Формування професійно-особистісної ідентичності майбутніх фахівців сестринської справи у процесі навчання в медичному коледжі ... дис. канд. пед. наук : 13.00.04. НУВГП. Рівне, 2019. 325 с.

230. Професійна освіта: словник: навч. посіб. / уклад. С. Гончаренко та ін; за ред. Н. Ничкало. К.: Вища шк., 2000. 380 с.

231. Психологічний словник / за ред. В. Н. Войтко. Київ: Вища школа, 1982. 216 с.

232. Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы / Отв. ред. М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, Н. Е. Харламенкова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. 448 с. (Труды Института психологии РАН).

233. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. 672 с.

234. Реан А. А. Психология адаптации личности. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. 479 с.

235. Рибалка В. В. Словник із психології та педагогіки обдарованості і таланту особистості: термінологічний словник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. 424 с.

236. Роджерс К., Мидор Б. Личностно-центрированная терапия. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 2002. № 4. [Электронный ресурс]. Режим доступа : URL: <http://www.psyjournal.ru>.

237. Роджерс К. Эмпатия. *Психология мотивации и эмоций* / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, М.В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 428–430

238. Руденко Ю. А. Формирование информационного мировоззрения современного студента. *Профессиональное образование в России и за рубежом*. 2014. Вып. №1 (13). С. 69–71.

239. Рудницька О. П. Музика і культура особистості: проблеми сучасної педагогічної освіти: навч. Посібник. АПН України, ін-т педагогіки і психології професійної освіти. Київ, 1998. 247 с.
240. Савка Л. С., Разінкова Л. І., Коцар О. І. Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навч. посіб. К.: ВСВ «Медицина», 2017. 600 с.
241. Седова И. В. Формирование основ информационно-аналитической культуры бакалавров экономики в вузе : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. М., 2012. 195 с.
242. Семашко О. М. Соціологія мистецтва: навч. посібник для ВНЗ культури та мистецтв. Державна академія керівних кадрів культури і мистецтв – 2-ге вид. випр. і доповнене. Львів: Магнолія-плюс, 2013. 248 с.
243. Семенов О., Кравченко О. Формування професійної етики майбутньої медичної сестри у вимірах педагогічної дії: монографія. Черкаси: видавець Чабаненко Ю. А., 2014. 304 с.
244. Семенов О. М. Професійна комунікативна підготовка майбутніх юристів: теорія і практика. [монографія]. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. 324 с.
245. Сисоєва С. О., Кристопчук Т. Є. Методологія науково-педагогічних досліджень: підручник. Рівне: Волинські обереги, 2013. 360 с.
246. Словарь по этике / под ред. А. А. Гусейнова, И. С. Кона. 6-е изд. М.: Политиздат, 1991. 447 с.
247. Словник-довідник з професійної педагогіки / за ред. А. В. Семенової. Одеса: Пальміра, 2006. 364 с.
248. Словник іншомовних слів / за ред. О. С. Мельничука. К. : УРЕ, 1974. 775 с.
249. Словник української мови: Академічний тлумачний словник [Електронний ресурс] : Режим доступу: <http://sum.in.ua/s/komponent>.
250. Словник української мови: Академічний тлумачний словник [Електронний ресурс] : Режим доступу: <http://sum.in.ua/s/pokaznyk>.
251. Словник української мови (СУМ–11) [Електронний ресурс]. Том 10. С. 441. : Режим доступу: <http://sum.in.ua/>, 441

252. Служба тематичних словників glossary.ru. [Електронний ресурс]. : Режим доступу: <http://www.glossary.ru>.

253. Смікал В. О. Роль мистецтва у формуванні світоглядної культури особистості. *Наукові записки*. Ніжин, 1999. Ч. 3. С. 26–28.

254. Смікал В. О. Формування світоглядної культури майбутнього вчителя засобами мистецтва : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04. Київ, 2002. 22 с.

255. Соболева Н. И. Мировоззрение и жизненный выбор личности. К.: Наукова думка, 1989. 124 с.

256. Совалёв В. А. Мировоззрение как выражение смысла человеческого бытия. *Человек как философская проблема и мировоззрение*. Сборник научных трудов. Владимир, 1982. С. 36–45.

257. Сорокина Т. М. Развитие профессиональной компетенции будущего учителя средствами интегрированного учебного содержания. *Начальная школа*, 2004. №2. С. 112–115.

258. Соціологічні погляди П. Сорокіна. Концепція соціокультурної динаміки. [Електронний ресурс] : Режим доступа URL: <http://um.co.ua/8/8-12/8-125084.html>.

259. Спіріна Т. П. Модель формування професійної культури майбутніх соціальних педагогів. *Вісник Прикарпатського ун-ту*. Педагогіка. Івано-Франківськ: Видавничо-дизайнерський відділ ЦІТ Прикарпатського національного ун-ту, 2008. Вип. XXI. Ч. 2. С. 278–291.

260. Стандарт вищої освіти України першого (бакалаврського) рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство». Міністерство освіти і науки України, Київ, 2018. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha/osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>

261. Стечак Г. М. Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті. ... дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук: 13.00.04. Львів, 2017. 282 с.

262. Сухомлинский В. А. Рождение гражданина. М.: Педагогика, 1979. 246 с.
263. Сысоенко И. В. Теоретические и методические проблемы формирования коммунистического мировоззрения учащихся в процессе обучения истории в старших классах. М.: Педагогика, 1979. 136 с.
264. Тарасенко Г. С. Аксіологічний підхід до інтеграції мистецьких дисциплін у контексті гуманітаризації вищої освіти. *Вісник Житомирського державного університету*. Житомир, 2005. Вип. 21. С. 12–15.
265. Тверезовська Н. Т. Методологія педагогічного дослідження: навч. Посібник. Кабінет Міністрів України, Національний університет біоресурсів і природокористування України. К.: Центр учбової літератури, 2013. 439 с.
266. Тверезовська Н. Т. Організаційно-педагогічні умови формування фахових компетенцій організаторів виробництва у ВНЗ I-II рівнів акредитації [Електронний ресурс]. : Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/nvnu_ppf/2011_159_3/111lm.pdf.
267. Тернопільська, В. І., Дерев'янка, О. В., 2012. Визначення критеріїв сформованості професійної компетентності майбутніх гірничих інженерів. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. № 31. С. 264–267.
268. Тимошук І. В. Педагогічні умови виховання у студентів медичного технікуму гуманістичних цінностей : автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.07. Терноп. нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Т., 2005. 20 с.
269. Тимофієва М. П. Психологічна концепція професійного становлення та самореалізація особистості у вищому медичному закладі [Електронний ресурс]. *Педагогические науки*: Режим доступа: http://www.rusnauka.com/34_NIEK_2010/Pedagogica/75369.doc.htm
270. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.07. АПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. К., 2008. 21 с.

271. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. К.: Либідь, 2003. 376 с

272. Тихомандрицкая О. А. Особенности социально-психологического изучения ценностей как элементов когнитивной и мотивационно-потребностной сферы. *Мир психологии*. 1999. № 3. С. 14–18.

273. Томчук Т. В. Соціальний аспект професійної діяльності медичної сестри в практичній медицині. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 10 – 11 листоп. 2011 р.) / відп. ред. В. Й. Шатило. Житомир: Полісся, 2011. С. 361–363.

274. Тофтул М. Г. Сучасний словник з етики: Словник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 416 с. [Електронний ресурс]. : Режим доступу: <http://eprints.zu.edu.ua/11783/1/етика-1.pdf>.

275. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. М.: Наука, 1966. 451 с.

276. Устюшкин Ю. М. Культура и гуманизация общества. *Вест. Моск. ун-та*. Сер.7. Философия. № 6. 1992. С.19–26.

277. Филатов В. И. Социально-онтологические основания целостности человека. М., 2001. 295 с.

278. Философский энциклопедический словарь / гл. ред. Ильичев Л. Ф., Федосеев П. Н. и др. Москва : Советская энциклопедия, 1983. 840 с.

279. Философский словарь / под. ред. И. Т. Флорова. 6-е изд. переработ. и дополн. М.: Политиздат 1991. 560 с.

280. Философский словарь / Под ред. И. Т. Фролова. М.: Республика, 2001. 719 с.

281. Філософський енциклопедичний словник / гол. ред. В. І. Шинкарук. Інститут філософії ім. Г. С. Сковороди НАНУ Київ: «Абрис», 2002. 742 с.

282. Філософія, теорія, суть сестринської справи. Сестринська етика та деонтологія. Основні потреби людини. [Електронний ресурс]. : Режим доступу: <https://lektsii.org/1-4029.html>. С. 6–12

283. Февр Л. Цивилизация: эволюция слова и группы идей. *Бои за историю*. Москва, 1991. С. 273–275

284. Федотова В. Г. Практическое и духовное освоение действительности. Москва: Наука, 1991. 135 с.
285. Флоренский П. А. Христианство и культура. *Журнал МП*. 1983. № 4. С. 53–57.
286. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах: монографія. Львів : «Край», 2013. 296 с.
287. Франкл В. Человек в поисках смысла. Перевод с англ. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
288. Хайруллина Ю. А. Критерий зрелости мировоззренческой культуры личности: социальный аспект. *Політологічний вісник*, 2013. Випуск 71. С. 191–199.
289. Хайрулліна Ю. О. Світоглядна культура особистості: структурно-функціональний аналіз: монографія. Мін-во освіти і науки, молоді та спорту України, Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. К.: Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. 235 с.
290. Халамендик В. Духовна наука антропософія: історія виникнення та розвитку / В. Халамендик // [Гілея: науковий вісник](#). 2013. № 75. С. 363–367.
291. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными [Електронний ресурс] / И. Харди Роверк – Будапешт: Изд-во Академии Наук Венгрии, 1981. 286 с. : Режим доступа: <http://www.psychology.i-bunin.net/view/11538/11>.
292. Харкавців І. Р. Формування світоглядної культури майбутніх вчителів іноземних мов. *Молодий вчений*. № 3.1 (55.1) березень, 2018 р. С. 186–189.
293. Хуторской А. Предметное и общепредметное в образовательных стандартах. *Педагогика*. 2003. №3. С. 3–10.
294. Цехмістер Я. Медичне право: перспективи підготовки фахівців в Україні. *Освітологія*. 2017. № 6. С. 110-114. : Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ocvit_2017_6_19.

295. Чернилевский Д. В., Морозов А. В. Креативная педагогика и психология. Учеб. пособие для вузов. М.: МГТА, 2001. 301 с.
296. Шадриков В. Д. Проблемы системогенеза в профессиональной деятельности. М.: Наука, 1982. 185 с.
297. Шамсутдинова В. Р. Содержание и структура мировоззренческой культуры личности студента ССЗУ педагогического профиля. *Казанский педагогический журнал*: [Научный психолого-педагогический журнал: методология, теория, практика]. 2008. № 1 (55). С. 13–19.
298. Шамсутдинова В. Р. Формирование мировоззренческой культуры студента ССУЗ в процессе изучения татарского народно-музыкального творчества : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Казань, 2008. 22 с.
299. Шаповал О. А. Проблема світоглядної кризи учнівської молоді // Проблеми педагогічних технологій. Луцьк, 1999. № 4, С. 91– 96.
300. Шаповал О. А. Специфіка формування світоглядної культури шкільної молоді. *Проблеми педагогічних технологій*. Луцьк. 2000. №1. С. 74–81.
301. Шаповал О. А. Формування світоглядної культури старшокласників у процесі засвоєння знань про людину і суспільство : автор. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.09. Київ, 2000. 17 с.
302. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомирський держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2015. 20 с.
303. Шахирева И. Саморазвитие личности как метамотив современного образования. Сентябрь. 2005. №1. 2 (32 – 32). С. 74–81.
304. Шашенкова Е. А. Развитие творческого научного потенциала студента-первокурсника как основа качества и эффективности обучения *Труды Всероссийской научно-практической конференции «Образование для XXI века: доступность, эффективность, качество»*. М., 2002. С. 169–172.
305. Швейцер А. Культура и этика. М.: Прогресс, 1972. 343 с.

306. Шевандрин Н. И. Социальная психология в образовании: В 2 ч. Ч. 1. *Концептуальные и прикладные основы социальной психологии*. М.: ВЛАДОС, 1995. 554 с.

307. Шевченко Г. П. Естетизація навчального процесу у вищій школі. *Гуманізація навчально виховного процесу: наук.-метод. зб.* / За ред. Г. Л. Легенького, В. І. Сипченка. Слов'янськ: ІЗМН – СДПІ, 1998. Вип. IV. С. 3–6.

308. Шегедин М. Б. Історія медицини та медсестринства. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 328 с.

309. Шегедин М. Б. Медсестринство в Україні: навч. посіб. / М. Б. Шегедин. Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. 280 с.

310. Шеллинг Ф. В. Введение в философию мифологии. Сочинение в 2-х т. Т. 2. Москва, 1989. 544 с.

311. Шинкарук В. І. Категоріальна структура наукового світогляду. *Філософська думка*. 1980. № 2. С. 16–25.

312. Школьник Г. И. Формирование научных взглядов и убеждений у школьников в учебном процессе М., 1989. 18 с.

313. Шовкун М. П. Складові комунікативної культури студентів *Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту*. 2003. № 8. С. 45–50.

314. Штоф В. А. Моделирование и философия: [монография] Л.: Наука, 1966. 301 с.

315. Щербакова О. И. Психология конфликтологической культуры личности специалиста: формирование в контекстной образовательной среде : автореф. дис. д-ра психол. наук: спец. 19.00.07. М., 2011. 34 с.

316. Юдіна О. М. Програма тренінгу сенситивності студентів-медиків. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. № 2. С. 18–26.

317. Юсупова Ш. М. Развитие логического мышления учащихся начальных классов в условиях интегрированного обучения родному языку : автореф. дис. на соискание учёной степени канд. педагогических наук. Худжанд, 2010. 12 с.

318. Ягупов В. В. Педагогіка: навч. посіб. К.: Либідь, 2002. 560 с.
319. Arndt, J. Subliminal Exposure to Death-Related Stimuli Increases. *Defense of the Cultural Worldview Psychological Science*. 1997. Vol.8. 379 p.
- Jonsen, A. and Hellegers, A.: 1974, «Conceptual Foundations for an Ethics of Medical Care», in L. Tancredi (ed.), *Ethics of Health Care*, National Academy of Sciences, Washington, D.C., pp. 3–20.
320. Blackford J. I. Cultural frameworks of nursing practice: Exposing an exclusionary healthcare culture. *Nursing Inquiry*. 2003.– № 10(4). P. 236–244.
321. Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 181–184.
322. Erickson, H. L., Erickson, M. E., Sandor, M. K., & Brekke, M. E. (2013). The holistic worldview in action: evolution of holistic nurses certification programs. *Journal of Holistic Nursing*, 31(4), pp. 303–313.
323. Florence Nightingale. Notes on Nursing [Електронний ресурс]. : Режим доступу: <http://nursingplanet.com/Nightingale>.
324. Harald Haarmann. Foundations of culture: knowledge-construction, belief systems and worldview in their dynamic interplay. Frankfurt am Main; Oxford: Peter Lang, 2007. 311p.
325. Henderson V. The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education. Henderson Virginia, New York: Macmillan Publishing, 1996. 15 p.
326. J. Fawcett, S. DeSanto-Madeya. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. F. A. Davis Company, 2013. 453 p. [Електронний ресурс]. : Режим доступу: https://books.google.com.ua/books?id=pdEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=uk&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
327. Jonsen, A. and Hellegers, A.: 1974, «Conceptual Foundations for an Ethics of Medical Care», in L. Tancredi (ed.), *Ethics of Health Care*, National Academy of Sciences, Washington, D.C., pp. 3–20.

328. Margaret M. Andrews; Joyceen S. Boyle. Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 487 p.

329. McKeown T. J. Case Studies and the Statistical Worldview: Review of King, Keohane, and Verba's *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. *Reviewed Work: Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research* by Gary King, Robert O. Keohane, Sydney Verba. International Organization. Vol. 53, No. 1 (Winter, 1999), pp. 161–190.

330. Officinal site of World Health Organization, Regional Officer for Europe Nursing [Электронный ресурс]. : Режим доступа: <http://www.euro.who.int>

331. Oxford Advanced Learner's Dictionary. Oxford, 1995. P. 1062. [Электронный ресурс].:Режим доступа: http://www.rusnauka.com/4_SND_2012/Economics/4_100344.doc.htm.

332. Super, D. E. A theory of vocational development. American Psychologist, 1953, 8, 185-190. N.Y., 1957

333. Terbancea M, Scripcaru Gh, Coordonate Deontologice ale Actului Medical, Editura Medicală, București, 1989. P. 133-134.

334. Watson J., Brewer B. B. (2015). Caring science research: criteria, evidence, and measurement. Journal of Nursing Administration, 45(5), P. 235-236. [Электронный ресурс] : Режим доступа:<https://doi.org/10.1097/NNA.00000000190>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Оцінювання рівня сформованості у майбутніх медичних сестер світоглядної культури викладачами закладу освіти, які здійснюють фахову підготовку медичного персоналу [розроблено автором]

Ця анкета призначена для спостереження викладачами за здобувачами професії медичної сестри у процесі опанування ними теоретичних знань, практичних умінь і навичок. Анкета складається з компонентів світоглядної культури і питань, які розкривають наявність і сутність цього компонента у студента, що вивчає сестринську справу. Цю анкету заповнює викладач, який у графах 2-5 робить позначки: «постійно» - 3 б., «систематично» - 2 б., «епізодично» - 1 б., «не проявляється» - 0 б., залежно від того, проявляється у конкретного студента той чи інший компонент і якою мірою.

Таблиця 1

Фактори формування світогляду людини

Дії	Прояви професійних дій респондента / бали			
	Постійно (3 б.)	Систематично (2 б.)	Епізодично (1 б.)	Не проявляється (0 б.)
Сформований когнітивно-мотиваційний інтерес до виконання фахових дій				
Дотримання морально-етичного кодексу у повсякденній професійній діяльності				
Відображення у міжособистісних контактах чітких ціннісно-духовних орієнтирів особистості				
Здатність до імпровізаційно-коригувальної діяльності задля досягнення успіху				
Об'єктивне сприйняття реалій повсякденної професійної діяльності та адекватне реагування на її виклики				
Адаптованість і гнучкість у процесі виконання фахових дій та ділового спілкування				
Комунікативна мобільність та емпатія у спілкуванні з пацієнтами				
РАЗОМ				

Інтерпретація результатів анкетування. Після завершення анкетування сумуються бали за кожним із компонентів і робиться висновок про сформованість світоглядної культури.

19-21 бал свідчить про сформованість у майбутніх медичних сестер світоглядної культури.

17, 18 балів свідчить про необхідність застосування певних епізодичних коригувальних впливів для досягнення здобувачами освіти належного рівня світоглядної культури.

14-16 балів дають підстави до розробки індивідуальних корекційних програм для здобувачів освіти.

13 і менше балів є підставою для перегляду концепції та системи роботи викладацького складу зі здобувачами освіти стосовно формування їхніх світоглядних орієнтацій.

Таблиця 2

**Аркуш визначення наявності у майбутньої медичної сестри
складових моделі формування світоглядної культури**

ПІБ студента медичного закладу освіти _____

Складники	Бал (0-5 б.)					
	0	1	2	3	4	5
1. Високий рівень зовнішньої культури						
2. Інтелектуальність						
3. Естетизм						
4. Духовність						
5. Моральність						
6. Етичність						
7. Філософізм (філософічність)						
8. Гуманізм						
9. Людиноцентризм						
10. Умотивованість						
11. Переконливість						
12. Соціальна активність						
13. Об'єктивність						
14. Твердість переконань						
15. Емпатія						
16. Толерантність						
17. Психоемоційна й моральна стійкість						

Про сформованість у майбутніх медичних сестер світоглядної культури із урахуванням деонтологічного підходу свідчать наявні в особистості складники цієї культури. Саме за компонентами світоглядної культури можна судити про рівень її сформованості. Для визначення факту сформованості у майбутніх медичних сестер світоглядної культури доцільно застосувати систему критеріїв та показників, що базуються також на деонтологічному підході.

Таблиця 3

Ціннісні характеристики майбутнього медичного працівника

Характеристика	Оцінка					
	0	1	2	3	4	5
I. Мотиваційно-ціннісний напрям:						
інтерес до формування світоглядної культури в обраній професії;						
прагнення до вдосконалення особистісних якостей та ціннісних орієнтацій на основі формування стійких мотивів до формування світоглядної культури;						
ставлення до професії як цінності та усвідомлення її особистісного та культурного змісту.						
II. Професійно-когнітивний напрям:						
знання основних понять, підходів та вимог деонтології у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер;						
наявність фахових і соціально орієнтованих знань, які свідчать про сформованість світоглядної культури;						
медична грамотність;						
наявність фахових і соціально орієнтованих знань, які свідчать про сформованість світоглядної культури;						
вільне оперування базовою медичною термінологією для розв'язання професійних та культурно-світоглядних завдань.						
III. Особистісно-розвивальний напрям:						
усвідомлення та здатність до емпатії, піклування,						

Продовж.табл. 3 Додатка А

співпереживання в особистісній взаємодії з хворими;						
дотримання морально-етичного кодексу у повсякденній професійній діяльності						
організація та вдосконалення самоосвіти та саморозвитку,						
IV. Практично-діяльнісний напрям:						
здатність до формування світоглядної культури на основі здійснення ефективної комунікації, гнучкість у спілкуванні						
удосконалення практичних навичок особистісної взаємодії із пацієнтами						
здатність до творчих та світоглядно орієнтованих рішень під час виконання типових і нетипових професійних завдань; самоорганізованість та впевненість у виконуваних маніпуляціях;						
уміння здійснювати швидкий й обґрунтований підбір методів психологічного впливу.						

Додаток Б

Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» [178]

Обстеження краще проводити індивідуально, але можливе і групове тестування.

Респонденту пред'явлені два списки цінностей (по 18 у кожному), або на аркушах паперу в алфавітному порядку, або на картках. У списках випробуваний присвоює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає по порядку значущості. Остання форма подачі матеріалу дає більш надійні результати.

Спочатку пред'являється набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей.

Інструкція до тесту

"Зараз Вам буде пред'явлений набір з 18 карток з позначенням цінностей. Ваше завдання - розкласти їх по порядку значимості для Вас як принципів, якими Ви керуєтеся у Вашому житті.

Уважно вивчіть таблицю і, вибравши ту цінність, яка для Вас найбільш значима, помістіть її на перше місце. Потім виберіть другу за значимістю цінність і помістіть її слідом за першою. Потім виконайте те ж з усіма рештою цінностями. Найменш важлива залишиться останньою і займе 18 місце.

Розробіть не поспішаючи, вдумливо. Кінцевий результат повинен відбивати Вашу справжню позицію".

Тестовий матеріал

Список А (термінальні цінності):

1. активна діяльна життя (повнота та емоційна насиченість життя);
2. життєва мудрість (зрілість суджень і здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом);
3. здоров'я (фізичне і психічне);
4. цікава робота;
5. краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і в мистецтві);
6. любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною);
7. матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів);
8. наявність хороших і вірних друзів;
9. суспільне покликання (повага оточуючих, колективу, товаришів по роботі);
10. пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальне розвиток);
11. продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил і здібностей);
12. розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення);
13. розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків)
14. свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)
15. щасливе сімейне життя

16. щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому)
17. творчість (можливість творчої діяльності)
18. впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч; сумнівів).

Список Б (інструментальні цінності):

1. акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах;
2. вихованість (гарні манери);
3. високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання);
4. життєрадісність (почуття гумору);
5. старанність (дисциплінованість);
6. незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);
7. непримиренність до недоліків у собі та інших;
8. освіченість (широта знань, висока загальна культура);
9. відповідальність (почуття боргу, вміння тримати своє слово);
10. раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення);
11. самоконтроль (стриманість, самодисципліна);
12. сміливість у відстоюванні своєї думки, поглядів;
13. тверда воля (вміння настояти на своєму, не відступати перед труднощами)
14. терпимість (до поглядів і думок інших, вміння прощати іншим їхні помилки та оми)
15. широта поглядів (уміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички)
16. чесність (правдивість, щирість)
17. ефективність у справах (працьовитість, продуктивність у роботі)
18. чуйність (дбайливість)

Інтерпретація результатів тесту

Аналізуючи ієрархію цінностей, слід звернути увагу на їх угруповання випробуваним у змістовні блоки по різних підставах. Так, наприклад, виділяються "конкретні" і "абстрактні" цінності, цінності професійної самореалізації й особистого життя і т. д. Інструментальні цінності можуть групуватися в етичні цінності, цінності спілкування, цінності справи; індивідуалістичні і конформістські цінності, альтруїстичні цінності; цінності самоствердження і цінності прийняття інших і т. д. Це далеко не всі можливості суб'єктивного структурування системи ціннісних орієнтацій. Психолог повинен спробувати вловити індивідуальну закономірність.

Якщо не вдається виявити жодної закономірності, можна припустити несформованість у респондента системи цінностей або навіть нещирість відповідей.

Переваги і недоліки методики

Перевагою методики є універсальність, зручність і економічність у проведенні обстеження й обробці результатів, гнучкість - можливість варіювати як стимульний матеріал (списки цінностей), так і інструкції. Істотним її недоліком є вплив соціальної бажаності, можливість нещирості. Тому особливу роль у даному випадку відіграє мотивація діагностики, добровільний характер тестування і наявність контакту між психологом і випробуваним. Методику не рекомендується застосовувати з метою відбору і експертизи.

Для подолання зазначених недоліків і більш глибокого проникнення в систему ціннісних орієнтацій можливі зміни інструкції, які дають додаткову діагностичну інформацію і дозволяють зробити більш обґрунтовані висновки. Так, після основної серії можна попросити випробуваного ранжувати картки, відповідаючи на наступні питання:

- "У якому порядку і якою мірою (у відсотках) реалізовані дані цінності у Вашому житті?"
- "Як би Ви розташували ці цінності, якщо б стали таким, яким мріяли?"
- "Як, на Ваш погляд, це зробила б людина, досконала у всіх відносинах?"
- "Як зробила б це, на Вашу думку, більшість людей?"
- "Як це зробили б Ви 5 або 10 років тому?"
- ".....через 5 або 10 років?"
- "Як ранжирували б картки близькі Вам люди?"

Додаток В

Методика вивчення мотивів навчальної діяльності студентів (А. Реан і В. Якунін) [177]

Інструкція. Оцініть за 7-бальною шкалою наведені в списку мотиви навчальної діяльності за їх значимістю для вас. При цьому вважається, що 1 бал відповідає мінімальній значущості мотиву, а 7 балів - максимальною. Оцінюйте всі наведені в списку мотиви, не пропускаючи жодного.

Список мотивів

- Стати висококваліфікованим фахівцем.
- Отримати диплом.
- Успішно продовжити навчання на подальших курсах.
- Успішно вчитися, скласти іспити на «добре» і «відмінно».
- Постійно отримувати стипендію.
- Набути глибоких та міцних знань.
- Бути постійно готовим до чергових занять.
- Чи не запускати вивчення предметів навчального циклу.
- Чи не відставати від однокурсників.
- Забезпечити успішність майбутньої професійної діяльності.
- Виконувати педагогічні вимоги.
- Досягнути поваги викладачів.
- Бути прикладом для однокурсників.
- Домогтися схвалення батьків та оточуючих.
- Уникнути засудження і покарання за погане навчання.
- Отримати інтелектуальне задоволення.

Для групи підраховується середнє арифметичне значення і середнє квадратичне відхилення для кожного мотиву. Це дає можливість дізнатися про достовірність виявлених відмінностей у частоті уподобання групою того чи іншого мотиву.

У груповому протоколі наводяться середнє значення оцінки мотиву і квадратичне відхилення.

Додаток Г

Тести опитування на мотивацію до вибору професії медичної сестри [розроблено автором]

Тест формувального етапу

1. Мені подобається майбутня професія:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

2. В мене є впевненість, що майбутня професія відповідає моїм здібностям та можливостям:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

3. Це був самостійний та свідомий вибір професії, без тиску з боку рідних та друзів:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

4. Я вважаю, що ця професія є моїм покликанням в житті:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

5. Я планую в майбутньому працювати за обраною професією:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

6. Якби мені знову випала нагода знову вибрати навчальний заклад, я б повторив свій вибір:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

7. Я читаю додаткову літературу чи дивлюсь навчальні фільми по своїй професії:

- А. Так;
- Б. Ні;
- В. Не знаю.

8. Я з інтересом відвідую заняття в навчальному закладі:

А. Так;

Б. Ні;

В. Не знаю.

9. Я досить добре розумію зміст своєї майбутньої професії:

А. Так;

Б. Ні;

В. Не знаю.

10. Для мене є важливим, що я зможу приносити користь людям:

А. Так;

Б. Ні;

В. Не знаю.

Обробка та аналіз результатів: А - 10 балів, Б - 0 балів, В - 5 балів.

Інтерпретація:

Від 0 до 25 - низький рівень мотивації та ставлення до професії;

Від 25 до 50 - середній рівень мотивації та ставлення до професії;

Від 50 до 100 –високий рівень мотивації та відношення до професії.

Тест констатувального етапу

[розроблено автором]

1. Робота, яку я збираюсь виконувати, є важливою і цікавою для мене особисто:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

2. Протягом навчання в мене залишилися інтерес до змісту професії та бажання розвитку в обраній сфері діяльності:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

3. В мене достатньо прагнення до самовдосконалення, розвитку навичок і умінь в обраній сфері праці:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

4. У мене є впевненість, що обрана професія відповідає моїм здібностям та можливостям:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

5. Це був самостійний та свідомий вибір професії, без натиску з боку рідних та друзів:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

6. Для мене є важливим, що я можу реалізувати бажання приносити користь людям:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

7. Я вважаю, що дана професія є моїм покликанням в житті:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

8. Я вважаю, що заробітна плата може бути не дуже великою, але стабільною і гарантованою:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

9. У мене є свідоме розуміння можливості виникнення надзвичайних ситуацій, ускладнень, побічних реакцій та готовність вирішувати дані проблеми:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

10. Мені подобається працювати та спілкуватись з людьми, давати їм пояснення, поради та, за необхідністю, надавати психологічну підтримку:

Ні	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	Так
----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---	-----

Відповідно, показник від 40 і вище демонструє високий рівень мотивації та свідоме бажання стати медичною сестрою.

Показник від 20 до 40 свідчить про те, що людина сумнівається у виборі даної професії, чи обрала навчання на медичну сестру через тиск родичів чи друзів.

Показник менше ніж 20 говорить про те, що дана професія не викликає мотивації працювати та не підходить даній людині.

Додаток Д

Методика «Вивчення мотивації навчання у виші» (Т.І. Ільїна) [175]

Методика дозволяє вивчити структуру мотивації навчання у виші. Диференціація відповідей здійснюється за трьома шкалами: "набуття знань", "оволодіння професією", отримання диплому".

Для вивчення мотивації навчання студенту пропонується текст опитувальника з інструкцією.

Інструкція: Уважно прочитайте кожне твердження. Поставте позначку "+" поруч з номером твердження, якщо ви згодні з ним, і позначку "-", якщо не згодні з цим твердженням.

Твердження:

1. Найкраща атмосфера на занятті — атмосфера вільних висловлювань.
2. Зазвичай я працюю з великим напруженням.
3. У мене рідко бувають головні болі після пережитих хвилювань або неприємностей.
4. Я самостійно вивчаю ряд предметів, які, на мою думку, необхідні для моєї майбутньої професійної діяльності.
5. Яку з притаманних вам якостей ви цінуєте найбільше? (Відповідь напишіть_____).
6. Я вважаю, що життя варто присвятити обраній професії.
7. Я відчуваю задоволення від розгляду на заняттях складних проблем.
8. Я не вбачаю сенсу у більшості завдань, які виконуються у ВНЗ.
9. Я отримую велике задоволення від розповіді знайомим про свою майбутню професію.
10. Я досить-таки посередній студент, ніколи не буду зовсім хорошим, а тому немає сенсу докладати зусилля, щоб стати краще.
11. Я вважаю, що в наш час не обов'язково мати вищу освіту.
12. Я твердо впевнений в правильності вибору професії.
13. Яких притаманних вам якостей ви б хотіли позбутися? (Відповідь напишіть_____).
14. За зручних обставин я користуюся на іспиті підручними матеріалами (конспектами, шпаргалками, записами, формулами).
15. Найкращий час життя — студентські роки.
16. У мене надмірно неспокійний і переривчастий сон.
17. Я вважаю, що для повного оволодіння професією всі навчальні дисципліни потрібно вивчати однаково глибоко.
18. За можливості я вступив би в інший ВНЗ.
19. Зазвичай я беруся за більш прості завдання, а більш складні залишаю на потім.
20. Для мене важко було зупинитися при виборі професії на одній з них.

Продовж. Додатка Д

21. Я можу спокійно спати за будь-яких неприємностей.
22. Я твердо впевнений, що моя професія приносить мені моральне задоволення і матеріальне благополуччя в житті.
23. Мені здається, що мої друзі здатні навчатися краще, ніж я.
24. Для мене дуже важливо мати диплом про вищу освіту.
25. З деяких практичних міркувань для мене це найбільш зручний ВНЗ.
26. У мене достатньо сили волі, щоб навчатися без нагадувань адміністрації.
27. Життя для мене майже завжди пов'язано з незвичним напруженням.
28. Екзамени потрібно складати, затрачаючи мінімум зусиль.
29. Є багато ВНЗ, в яких я би міг навчатися з неменшим інтересом.
30. Яка з притаманних вам якостей найбільше заважає навчатися?
(Відповідь напишіть _____)
31. Я людина, що легко захоплюється, але всі мої захоплення певною мірою пов'язані з майбутньою роботою.
32. Неспокій про іспит або роботу, що не виконані вчасно, часто заважають мені спати.
33. Висока заробітна платня після закінчення ВНЗ для мене не головне.
34. Мені потрібно бути в доброму гуморі, щоб підтримати загальні рішення групи.
35. Я змушений був вступити у ВНЗ, щоб зайняти бажане положення у суспільстві, уникнути служби в армії.
36. Я вивчаю навчальний матеріал, щоб стати професіоналом, а не для іспиту.
37. Мої батьки — високі професіонали, і я хочу бути схожим на них.
38. Для просування по службі мені необхідно мати вищу освіту.
39. Яка з притаманних вам властивостей допомагає навчатися у ВНЗ
(Відповідь напишіть _____).
40. Мені важко змусити себе вивчати як слід дисципліни, які прямо не стосуються моєї майбутньої професії.
41. Мене дуже турбують можливі невдачі.
42. Найкраще я навчаюся, коли мене періодично стимулюють, підганяють.
43. Мій вибір цього ВНЗ остаточний.
44. Мої друзі мають вищу освіту, і я не хочу відставати від них.
45. Щоб переконати в будь-чому свою групу, мені доводиться самому працювати дуже інтенсивно.
46. У мене зазвичай рівний і хороший настрій.
47. Мене приваблює зручність, чистота та легкість майбутньої професії.

48. До вступу у ВНЗ я давно цікавився цієї професією, багато читав про неї.

Продовж. Додатка Д

49. Професія, яку я отримую, найважливіша і найперспективніша.

50. Мої знання про цю професію були достатніми для впевненого вибору цього ВНЗ.

Додаток Е

Тест оцінки рівня володіння майбутніх медичних сестер засадничих принципів деонтології [розроблено автором]

1. Як ви розумієте поняття «обов'язок медпрацівника»?

- а. відвідувати зарубіжні конференції та читати спеціальну літературу за фахом;
- б. знати механізм дії всіх лікарських засобів;
- в. виконувати свою роботу без думки про матеріальну вигоду;
- г. надавати допомогу хворому на найвищому професійному рівні та ніколи і ні в якому разі не брати участь в діях, спрямованих проти фізичного і психічного здоров'я людей.

2. Які моральні риси мають бути характерними для медпрацівників?

- а. комунікабельність, начитаність, багатослівність;
- б. гидливість, безвідповідальність, неуважність, жорстокість;
- в. витриманість, відповідальність, акурантність, тактовність, уважність, сумлінність;
- г. схильність до ризику, сміливість, незалежність.

3. Поясніть термін «деонтологія».

- а. уявлення про умови оптимальної діяльності медичних працівників;
- б. вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого та норми взаємодії з колегами;
- в. система соціальної регуляції діяльності медичних працівників;
- г. система матеріального заохочення медичних працівників за сумлінне виконання професійних обов'язків.

4. Яке основне етико-деонтологічне завдання медичної сестри?

- а. вивчення принципів поведінки в роботі, що спрямовані на максимальне підвищення ефективності лікування;
- б. ставлення в пріоритет здобуття поваги серед своїх колег;
- в. здобуття матеріальної вигоди;
- г. усунення шкідливих наслідків при несумлінній праці.

5. Дайте визначення поняттям «загальна деонтологія» та «спеціальна деонтологія».

- а. "загальна деонтологія" вивчає права і обов'язки медичних працівників, "спеціальна деонтологія" - вивчає права та обов'язки пацієнта;
- б. "загальна деонтологія" розглядає свій предмет в соціально-історичному плані, включає всі основні аспекти повсякденної поведінки під час виконання професійних обов'язків, розглядає медичного працівника як носія високих моральних принципів і стійких естетичних смаків, "спеціальна деонтологія" вивчає особливості конкретних медичних спеціальностей;

в. "загальна деонтологія" обґрунтовує практичні рекомендації при спілкуванні з пацієнтом та в професійному середовищі, розглядає моральні норми і вимоги, "спеціальна деонтологія" вивчає юридичні особливості, які можуть виникнути під час професійної діяльності;

г. "загальна деонтологія" вивчає правила субординації при спілкуванні в професійному середовищі, "спеціальна деонтологія" вивчає правила субординації при спілкуванні з пацієнтом.

6. Наведіть головний принцип етики й моралі, що формують особливі риси медичної етики:

а. ставлення в пріоритет інтересів медицини над інтересами хворого;

б. усвідомлений вибір моральних принципів і правил поведінки та безумовне підпорядкування особистих інтересів корпоративним, щоб максимально підвищити ефективність лікування хворого;

в. заради хворого переносити всі тяготи і позбавлення в повсякденному житті;

г. безкорислива діяльність з метою задоволення інтересів людей, які потребують сприяння.

7. Наведіть основні проблеми деонтології:

а. не допускається розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю за будь-яких обставин;

б. відсутність можливості у медичного працівника робити помилки (діагностичні, прогностичні, лікувальні, деонтологічні);

в. медичний працівник взаємодіє з різними областями соціального життя, що, безсумнівно, накладає певний відбиток на його професійну діяльність;

г. колегіальність у роботі, безнадійно хворі люди і евтаназія, продовження життя хворих новонароджених, проблема абортів, генна інженерія, проблема трансплантації людських органів.

8. Медицину та деонтологію об'єднує:

а. людина як предмет професійного впливу на нього;

б. прийоми подолання конфліктів в людських відносинах;

в. психологічні аспекти ефективного спілкування з пацієнтами;

г. способи досягнення фінансового благополуччя людини.

Додаток Ж

Твір-есе «Деонтологія в роботі медичної сестри»

Собчук Олена, студентка III курсу
відділення «Лікувальна справа»

Сучасний медпрацівник має володіти не лише професійними знаннями і вміннями, а ще й навичками спілкування. Вони дають змогу встановити контакт із пацієнтом, що впливає на процес лікування та одужання. Медсестри значно більше часу проводять із пацієнтом та членами їхніх сімей, ніж інші медпрацівники. Тому саме медсестра має робити все, щоб у хворого були оптимістичний настрій і впевненість у швидкому одужанні.

Основні обов'язки медичної сестри: зміцнювати здоров'я пацієнтів, запобігати захворюванням, відновлювати здоров'я та полегшувати страждання. Ці обов'язки лежать в основі Етичного кодексу медичної сестри, який розробила Асоціація медичних сестер України.

Медична етика визначає моральні норми діяльності працівників закладів охорони здоров'я, їх гуманне ставлення до людини як невід'ємну умову успішного лікування. Чотири універсальні етичні принципи: милосердя, автономія, справедливість та повнота медичної допомоги.

Складовою медичної етики є **деонтологія** — вчення про обов'язки медичного працівника. Її основа — накази, інструкції щодо норм поведінки медпрацівників, їхніх професійних обов'язків і організації лікувально-діагностичного процесу.

Коротко про суть деонтології: «Ставтеся до хворого так, як хотіли б, щоб ставилися до вас». Неправильні дії медперсоналу, навіть ненавмисна образа, часом призводять до хворобливого стану пацієнта. Так, порушення правил деонтології може спричинити ятрогенію (сорогенію). Це особливо небезпечно зараз, коли майже всі мають доступ до інтернету. Пацієнти часто шукають свої симптоми на різноманітних «фахових» сайтах та самостійно визначають лікування. Потім медпрацівникам доводиться мати справу не лише із запущеною хворобою, а й з наслідками неправильного лікування. Перш за все, необхідно дбати про охайний зовнішній вигляд. У літературі, кіно і театрі медична сестра — один із символів медичної чистоти. Тому пацієнт очікує, що вона матиме охайний вигляд, і довірятиме такому працівнику більше:

Постійно потрібно стежити за чистотою своїх рук. Нігті підстригати коротко, не покривати їх лаком та стежити, щоб не було тріщин. Перед обробкою рук необхідно зняти усі браслети, годинники, обручки.

Пацієнти зазвичай хвилюються перед важкими і болючими процедурами. Тому завдання медсестри — зняти психоемоційне напруження і пояснити у доступній формі, для чого проводити такі маніпуляції. Наприклад, під час взяття крові з вени для бактеріологічного дослідження відповідно до наказу Міністерства Охорони Здоров'я від 1 червня 2013 року № 460,

Продовж. Додатка Ж

медсестра зобов'язана отримати згоду на проведення маніпуляції, помити і висушити руки, обробити їх антисептиком, надіти маску та рукавички, запитати пацієнта про його самопочуття, запропонувати пацієнту сісти або лягти, підготувати стерильний матеріал, провести маніпуляцію, заклеїти місце ін'єкції, попросити пацієнта тримати лікоть зігнутим протягом 3-5 хв. Це стандартна процедура. Але критичним є перший пункт — отримати згоду на проведення маніпуляції.

Медсестра також зобов'язана зберігати в таємниці від третіх осіб інформацію, довірену їй під час виконання обов'язків. Зберігайте професійну таємницю, аби не заподіяти хворому моральну чи матеріальну шкоду.

Як висновок, можемо сказати, що жоден комп'ютер не може замінити пацієнтові спілкування з людиною, якій не байдужі його здоров'я і життя. Спокійна розмова, щире співчуття та вчасна допомога — важливі складові одужання. Усе це залежить від медичної сестри, її моральних якостей та вміння їх застосовувати.

Додаток II
Комплекс завдань для контролю початкового рівня знань
[розробка автора]

I. Перевірка теоретичних знань

1. Що таке асептичні умови?
2. В яких випадках проводять вогнищеву дезінфекцію?
3. Що таке профілактична дезінфекція та з якою метою її проводять?
4. Які основні службові обов'язки маніпуляційної медичної сестри?
5. Яким вимогам повинні задовольняти хімічні дезінфекційні засоби?
6. З якою метою проводять щеплення?
7. Які антисептичні засоби використовуються для обробки рук медичного персоналу?
8. Які бувають прийоми фізичного методу дезінфекції?
9. Які дії медичної сестри в ситуації, коли трапився контакт з кров'ю пацієнта (порядок проведення екстреної постконтактної профілактики)?
10. З якою метою проводиться передстерилізаційна обробка медичного інструментарію?

II. Ситуаційні завдання

Задача №1.

При заборі венозної крові молода жінка поскаржилась на раптову слабкість, далі почала блідніти та втратила свідомість. Що має робити маніпуляційна медична сестра в такій ситуації?

Задача №2.

Після проведення внутрішньом'язевої ін'єкції, медична сестра хірургічного відділення під час одягання ковпачка на голку вколола палець через рукавичку. Які мають бути дії медичної сестри в такій ситуації?

Задача №3.

Пацієнт хіміотерапевтичного відділення після отримання денних призначень підійшов до постової медичної сестри та попросився відійти на ринок, щоб купити собі щось смачненьке. Постова медична сестра дозволила відійти пацієнту, так як він перебуває на вільному режимі. Чи правильні дії медичної сестри?

Задача №4.

У процедурному кабінеті медична сестра внутрішньом'язево хворій ввела антибіотик, що був призначений лікарем. Попередня проба на чутливість до препарату не проводилась. Після введення препарату місце ін'єкції почало свербіти, а через 5 хвилин хвора відчула різку загальну слабкість та загрудинний біль. Які мають бути дії медичної сестри в такій ситуації?

Задача №5.

Після проведення підшкірної ін'єкції медична сестра не розібрала шприц та кинула його в дезінфікуючий розчин (3% розчин хлораміну). Чи все вірно зробила медсестра?

Задача №6.

У пацієнтки з приводу раку молочної залози проведена радикальна мастектомія. В післяопераційному періоді призначено провести курси хіміотерапії. Пацієнтка засмучена, тому що проведений передопераційний курс хіміотерапії перенесла погано: випадало волосся, під час хіміотерапії спостерігалася слабкість, нудота, блювота. В загальному аналізі крові відзначалися зміни. У розмові з медичною сестрою пацієнтка висловлює сумнів щодо необхідності проведення хіміотерапії. Як має вчинити медична сестра?

Задача №7.

Медична сестра акушерського відділення зайшла в гості до подружки, у якої нещодавно донька народила дитину. Під час розмови з'ясувалося, що у молодій жінки наявні сильні болі у правій молочній залозі та підвищення температури до 39 °С, наявна гіперемія правої молочної залози. Медична сестра запропонувала зробити масаж, щоб покращити лактацію. Чи правильно вона вчинила?

Задача №8.

Під час проведення оперативного втручання операційна медична сестра вирішила протерти свої окуляри. У цей час у пацієнта почалась артеріальна кровотеча та кров потрапила в очі операційній медичній сестрі. Вона одразу промила око мильним розчином. Які мають бути правильні, послідовні дії медичної сестри?

Задача №9.

Маніпуляційна медична сестра терапевтичного відділення, повертаючись з робочої зміни додому, побачила неохайно вдягнену жінку похилого віку, яка лежала на землі обличчям вниз. Які мають бути дії медичної сестри?

Задача №10.

До медичної сестри під час нічного чергування звернулася пацієнтка зі скаргами на нудоту, блювоту та загальну слабкість. Черговий лікар був на консультації в іншому відділенні. Медична сестра вирішила вколоти метоклопромід, щоб полегшити стан жінки. Як мала вчинити медична сестра?

III. Тестові завдання:

1. Погіршення стану хворого через неправильні дії медичної сестри – це:

- а) ятрогенія;
- б) егогенія;
- в) ятропатія;
- г) соррогенія;
- д) егротогенія.

2. До постової медичної сестри звернувся пацієнт, який занепокоєний станом свого сусіда по палаті. Коли медична сестра зайшла в палату, вона побачила пацієнта, який лежав в неприродній позі, шкіра його обличчя була синюшного кольору та дихання було відсутнім. Першочергові дії медичної сестри:

- а) одразу приступити до реанімаційних дій;
- б) покликати реанімаційну бригаду;
- в) піти проінформувати лікуючого лікаря чи, за його відсутності, чергового лікаря;
- г) подзвонити завідувачу відділення;
- д) дати розпорядження молодшій медичній сестрі негайно викликати чергового лікаря та лікаря-анестезіолога, паралельно приступаючи до реанімаційних дій.

3. В нефрологічному відділенні лікар призначив пацієнтці з гострим пієлонефритом аналіз сечі за методом Нечипоренко. Яку сечу необхідно збирати за цим методом:

- а) за ніч;
- б) добову;
- в) вранці з середини струменя;
- г) в першій половині дня;
- д) перші три порції.

4. Медична сестра хірургічного відділення разом з лікарем визначають групу крові пацієнта за допомогою цоліклонів анти-А і анти-В. Аглютинація відбулась з цоліклонами анти-А та анти-В. Яка група крові у пацієнта?

- а) 0 (I);
- б) А (II);
- в) В (III);
- г) АВ (IV);
- д) Такого результату не може бути.

5. Медична сестра відділення невідкладних станів під час прогулянки з дитиною побачила охайно вдягненого чоловіка похилого віку, який лежав на землі обличчям донизу. Які мають бути першочергові дії медичної сестри:

- а) викликати швидку допомогу;
- б) окликнути чоловіка, запитати, чи все в нього добре;
- в) оглянути місце події та впевнитись у тому, що надання допомоги буде безпечним, переконатися у відсутності небезпеки для себе, потерпілого або очевидців, пам'ятати про небезпеку електрики, газу, дорожнього руху, каменів, що падають, тощо;
- г) негайно приступити до проведення серцево-легеневої реанімації;
- д) перевернути чоловіка та оцінити стан його свідомості.

6. Одноразові вироби медичного призначення, шовний матеріал та ендопротези стерилізуються на заводі-виробнику за допомогою:

- а) ультрафіолетового випромінювання;
- б) гамма-випромінювання;
- в) інфрачервоного випромінювання;
- г) кип'ятіння;
- д) сухожарового стерилізатора.

7. До гострих алергічних реакцій, які потребують надання невідкладної медичної допомоги, відноситься:

- а) анафілактичний шок;
- б) гіперглікемічна кома;
- в) свербіж та почервоніння шкіри;
- г) гемолітична анемія;
- д) алергічний риніт.

8. Показники вимірювань довжини тіла, маси тіла, окружності грудної клітки, окружності голови людини називаються:

- а) фактичними показниками;
- б) другорядними показниками;
- в) фізіологічними показниками;
- г) фізичними показниками;
- д) антропометричними показниками.

9. Відновлення або компенсація порушених функцій та працездатності людини називається:

- а) діагностикою;
- б) профілактикою;
- в) реабілітацією;
- г) лікуванням;

Продовж. Додатка И

д) фізичною культурою.

10. Основна мета сестринського процесу:

- а) забезпечення прийнятної якості життя при існуючій хворобі;
- б) діагностика та лікування захворювання;
- в) підтримка і відновлення незалежності пацієнта, задоволення основних потреб організму, що вимагають комплексного підходу до особистості пацієнта;
- г) активна співпраця з пацієнтом;
- д) догляд за хворими

Оцінка результатів:

від 50 до 64 балів –початковий рівень;

від 55 до 77 балів – середній рівень;

від 78 до 89 балів – достатній рівень;

від 90 до 100 балів – високий рівень

Додаток К

[розробка автора]

КОМПЛЕКСНІ ЗАВДАННЯ ПОЧАТКОВОГО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ
ТА ВІЛЬНОГО ОПЕРУВАННЯ ФАХОВОЮ ТЕРМІНОЛОГІЄЮ

I. Підберіть з графи «Б» визначення та тлумачення, які належать до відповідної категорії граfi «А».

А	Б
I 1) психіатрія; 2) пролежень; 3) здоров'я; 4) брадикардія; 5) клінічна бесіда; 6) санпропускник.	а) емпіричний метод одержання інформації на основі вербальної (словесної) комунікації; б) стан повного фізичного, соціального та психологічного благополуччя; в) змертвіння м'яких тканин на місцях, що містяться між виступаючими частинами скелета та поверхнею постілі в ослаблених та тяжкохворих, що тривалий час перебувають у нерухомому положенні; г) наука, галузь медицини, що вивчає причини виникнення, прояви, перебіг, методи запобігання і лікування психічних розладів; д) уповільнене серцебиття у дорослих — менше 60 ударів/хв., у дітей до 6 років — менше 70 ударів/хв. у немовлят — менше 100 ударів/хв; е) приміщення, що призначене для зміни одягу, взуття, санітарної обробки персоналу, контролю радіоактивного забруднення шкіри, засобів індивідуального захисту, спеціального й особістого одягу персоналу
II 1) дезінсекція; 2) антисептика; 3) інфекційні захворювання; 4) асептика;	а) сукупність хімічних, фізичних і біологічних методів видалення, знищення або пригнічення життєдіяльності потенційно небезпечних для здоров'я людини і тварин мікроорганізмів (бактерій, спор, вірусів та віріонів, грибків) в ранах, на шкірі, слизових оболонках і в порожнинах з метою лікування інфекційних процесів; б) комплекс профілактичних і винищувальних заходів, спрямованих на винищення або зменшення кількості комах,

<p>5) дезінфекція;</p> <p>6) абластика.</p>	<p style="text-align: right;"><i>Продовж. Додатка К</i></p> <p>які мають епідеміологічне і санітарно-гігієнічне значення;</p> <p>в) розлади здоров'я людей, тварин, рослин у вигляді хвороби, які спричинюють збудники - віруси, різноманітні бактерії, найпростіші, паразитичні гриби, гельмінти, продукти їхньої життєдіяльності (екзотоксини, ендотоксини), патогенні білки, здатні передаватися від заражених організмів здоровим і схильні до масового поширення.;</p> <p>г) це процес знищення всіх мікроорганізмів, включаючи їх спори;</p> <p>д) сукупність заходів, спрямованих на попередження інфікування ран чи організму в цілому;</p> <p>е) принцип в хірургії, що полягає в запобіганні рецидиву і метастазування злоякісної пухлини шляхом видалення пухлинного вогнища разом з лімфатичними судинами і регіонарними лімфатичними вузлами єдиним блоком в межах здорових тканин, не торкаючись уражену тканину.</p>
---	---

II. Розкрийте сутність понять:

1. Дезінфікуючий розчин

2. Пульс

3. Антисептика

4. Вакцинація

5. Алергічна реакція

6. Шкірна проба

7. Педикульоз

8. Медична деонтологія

9. Особливо небезпечні інфекції

10. Лист призначень

11. Артеріальний тиск

12. Лікарська таємниця

13. Субординація

14. Паліативна допомога

15. Гектична лихоманка

III. Як співвідносяться між собою поняття:

- а) «збудник», «макроорганізм» «навколишнє середовище»;
- б) «асептика», «асептика», «стерилізація»;
- в) «внутрішньовенний», «внутрішньом'язевий», «підшкірний»;
- г) «інтерв'ю», «анкетування», «бесіда»;
- д) «антиген», «антитіло», «сенсibiliзація».

IV. Тестові завдання.**1. Дайте визначення поняття «медична деонтологія» –**

- е) це вчення про регулювання матеріального заохочення медичних працівників під час виконання професійних обов'язків;
- ж) це вчення про оптимальні умови праці медичних працівників;
- з) це вивчення цінностей та норм, яких мають дотримуватись пацієнти при спілкуванні з медичними працівниками;
- и) це система соціальної регуляції діяльності медичних працівників;
- к) це вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого та норми взаємодії з колегами.

2. Відокремлений структурний підрозділ амбулаторії центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, що забезпечує надання долікарської медичної допомоги населенню – це:

- а) травмпункт;
- б) амбулаторія;
- в) ФАП;
- г) лікарня;
- г) диспансер.

3. Початок розвитку сучасної сестринської справи в Англії був покладений з відкриттям першої школи для медичних сестер, це сталося у:

- а) 1854 р.;
- б) 1860 р.;
- в) 1859 р.;
- г) 1867 р.;
- д) 1851р.

4. Комплекс заходів, що використовується для знищення патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів називають:

- а) дезінфекція;
- б) стерилізація;
- в) автоклавування;
- г) антибластика;

д) санітарна обробка.

5. Для стерилізації одноразових пластмасових виробів медичного призначення в промисловості використовують:

- е) автоклавування;
- ж) ультрафіолетове випромінювання;
- з) гамма-випромінювання;
- и) хлорвмісні деззасоби;
- к) інфрачервоне випромінювання.

6. Основним медичним документом стаціонару є:

- а) амбулаторна картка;
- б) індивідуальна книжка хворого;
- в) листок лікарських призначень;
- г) історія хвороби - карта стаціонарного хворого;
- д) листок непрацездатності.

7. Роздача ліків хворим проводиться:

- а) напередодні ввечері на наступний день;
- б) вранці на весь день;
- в) безпосередньо перед прийомом;
- г) на курс лікування;
- д) згідно з лікарськими призначеннями.

8. Процес знищення всіх видів мікробної флори, в тому числі їх спорових форм, і вірусів за допомогою фізичних або хімічних впливів:

- а) дезінфекція;
- б) антисептика;
- в) стерилізація;
- г) асептика;
- д) генеральне прибирання.

9. Ускладнення внутрішньом'язової ін'єкції:

- а) піодермія;
- б) флебіт;
- в) збільшення регіонарних лімфатичних вузлів;
- г) абсцес;
- д) повітряна емболія.

10. Комплекс лікувальних та профілактичних заходів, які усувають або обмежують несприятливий вплив подразників, що можуть зустрітись в умовах лікарні, оберігають психіку хворого, позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню – це

- а) лікувально-охоронний режим;
- б) палатний режим;

- в) постільний режим;
- г) напівпостільний режим;
- д) профілактичний режим.

Оцінка результатів:

від 50 до 64 балів –початковий рівень;

від 55 до 77 балів – середній рівень;

від 78 до 89 балів – достатній рівень;

від 90 до 100 балів – високий рівень

Додаток Л

Методика «Діагностика рівня емпатії»

(автор І. Юсупов) [176]

Інструкція

Для виявлення рівня емпатійних тенденцій необхідно, відповідаючи (погоджуюся чи ні) на кожне з 36 тверджень, оцінювати відповіді наступним чином: при відповіді: «не знаю» – 0 балів, «ні, ніколи» – 1, «іноді» – 2, «часто» – 3, «майже завжди» – 4 і при відповіді: «так, завжди» – 5 балів.

Відповідати потрібно на всі пункти.

Текст опитувальника

1. Мені більше подобаються книги про подорожі, ніж книги із серії «Життя видатних людей».
2. Дорослих дітей дратує турбота батьків.
3. Мені подобається розмірковувати про причини успіхів і невдач інших людей.
4. Серед всіх музичних телепередач надаю перевагу «Сучасні ритми».
5. Надмірну дратівливість і несправедливі закиди хворого треба терпіти, навіть якщо вони тривають роками.
6. Хворій людині можна допомогти навіть словом.
7. Стороннім людям не слід втручатися в конфлікт між двома особами.
8. Старі люди, як правило, ображаються без причин.
9. Коли я в дитинстві слухав сумну історію, на мої очі самі по собі наверталися сльози.
10. Роздратований стан моїх батьків впливає на мій настрій.
11. Я байдужий до критики на мою адресу.
12. Мені більше подобається розглядати портрети, ніж картини з пейзажами,
13. Я завжди прощав все батькам, навіть якщо вони були неправі.
14. Якщо кінь погано тягне – його треба бити.
15. Коли я читаю про драматичні події в житті людей, то відчуваю, ніби це відбувається зі мною.
16. Батьки ставляться до своїх дітей справедливо.
17. Коли бачу, як сваряться підлітки або дорослі, я втручаюся.
18. Я не звертаю уваги на поганий настрій своїх батьків.
19. Я довго спостерігаю за поведінкою тварин, відкладаючи інші справи.
20. Фільми та книги можуть викликати сльози тільки у несерйозних людей.
21. Мені подобається спостерігати за виразом обличчя і поведінкою незнайомих людей.
22. У дитинстві я приводив додому бездомних кішок і собак.

23. Всі люди необґрунтовано озлоблені.
24. Коли я дивлюся на чужу людину, мені хочеться вгадати, як складеться її життя.
25. У дитинстві молодші за віком ходили за мною по п'ятах.
26. Якщо бачу покалічену тварину – я намагаюся їй чимось допомогти.
27. Людині стане легше, якщо уважно вислухати її скарги.
28. Якщо я бачу вуличну подію, я намагаюся не потрапляти в число свідків.
29. Молодшим подобається, коли я пропоную їм свою ідею, справу або розвагу.
30. Люди перебільшують здатність тварин відчувати настрій свого господаря.
31. Зі скрутної конфліктної ситуації людина повинна виходити самотійно.
32. Якщо дитина плаче, на те є свої причини.
33. Молодь повинна завжди задовольняти будь-які прохання і дивацтва людей похилого віку.
34. Мені хотілося з'ясувати, чому деякі мої однокласники бувають такі замислені.
35. Безпритульних домашніх тварин слід відловлювати і знищувати.
36. Якщо мої друзі починають обговорювати зі мною свої особисті проблеми, я намагаюся перевести розмову на іншу тему.

Обробка результатів

Підраховується сума балів. Але потрібно перевірити ступінь відвертості того, хто відповідає. Якщо він відповів «не знаю» на твердження під номерами 3, 9, 11, 13, 28, 36 або «так, завжди» на твердження 11, 13, 15 і 27, то це свідчить про його бажання виглядати краще і про недостатню відвертість. Результатам тестування можна довіряти, якщо опитуваний дав не більш трьох нещирих відповідей.

Додаток М
Модифікація анкети
«Базові цінності у структурі морально-професійних цінностей
майбутньої медичної сестри» [138],
 (за методикою Т. О. Корнаухової, адаптований нами)

1. Мораль – це ...

- а) синонім моральності, уявлення про добро і зло;
- б) прийняті в суспільстві уявлення про добро і зло, а також норми поведінки;
- в) встановлені суспільством правила поведінки.

2. Моральність – це ...

- а) сукупність принципів, якими особистість керується у повсякденному житті;
- б) синонім моралі, уявлення про добро і зло;
- в) осмислені особистістю на індивідуальному рівні основи моралі, що містять уявлення про добро і зло, а також постають регулятором поведінки індивіда.

3. Ключовою установкою гуманістичної системи цінностей є ...

- а) безумовне прийняття цінності життя;
- б) суспільство, громадські інтереси;
- в) повага прав і свобод особистості.

4. Медична етика – це...

- а) наука, яка розглядає проблеми правового регулювання діяльності медичних працівників та вивчає особливості виконання їх професійних обов'язків;
- б) уявлення про умови оптимальної діяльності медичних працівників;
- в) наука, яка допомагає виробляти у медичних працівниках здатність до моральної орієнтації в складних ситуаціях, що вимагають високих морально-ділових і соціальних якостей та розглядає питання лікарського гуманізму, проблеми боргу, честі, совісті і гідності.

5. Принципи гуманізму, професіоналізму, науковості, самокритичності характерні для ...

- а) деонтологічної моделі медичної етики;
- б) біоетичної моделі медичної етики;
- в) сучасного медичного права.

6. Сучасна модель медичної етики заснована на ...

- а) медичному праві;
- б) біоетиці;
- в) деонтології і біоетиці.

7. Медична деонтологія – це...

- а) уявлення про умови оптимальної діяльності медичних працівників;
- б) вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення

максимальної користі для хворого та норми взаємодії з колегами;
в) система соціальної регуляції діяльності медичних працівників.

8. Я вважаю, що життя людини ...

- а) є безумовною цінністю, тому я не сприймаю ніяких умов і обставин, які дозволили б виправдати позбавлення людини життя;
- б) є відносною цінністю, оскільки в сучасному суспільстві цінують життя людини лише на словах, а насправді все по-іншому;
- в) є вкрай значущою цінністю, однак я допускаю, що можуть існувати певні умови і обставини, які дозволяють оправдати позбавлення людини життя (війна, злочину).

9. Я вважаю, що життя і особистість людини – цінності ...

- а) нерівнозначні, оскільки збереження життя людини понад дотримання прав його особистості;
- б) нерівнозначні, оскільки належать до різних сфер соціального впливу: збереження життя – прерогатива медицини, дотримання прав особистості – прерогатива суспільства і юридичного права;
- в) рівноправні, оскільки ціннісна установка «людина повинна жити» передбачає гідне життя людини.

10. Яка роль співчуття, любові до людей в медичній діяльності?

- а) це ключові якості особистості медичного працівника;
- б) наявність цих якостей у медичного працівника – варіативна вимога, обов'язкова вимога – професійна компетентність;
- в) наявність цих якостей заважає медичному працівнику ефективно виконувати свій професійний обов'язок.

11. Визнання особистості як ключової цінності сучасної медичної етики проявляється в тому числі у дотриманні принципу інформованості пацієнта. Яке Ваше ставлення до цього принципу?

- а) ступінь інформування пацієнта залежить від медичного працівника, що є цілком виправданою і об'єктивною вимогою;
- б) повне інформування пацієнта – безумовний принцип сучасної медичної етики;
- в) в інформуванні пацієнта необхідно дотримуватися так званого суб'єктивного стандарту, згідно з яким інформацію, що надходить до пацієнта, необхідно адаптувати.

12. Яке Ваше ставлення до абортів?

- а) аборт допустимий тільки в тому випадку, якщо плід розвивається з патологією, несумісною з життям і нормальним розвитком або народженню дитини загрожує життю породіллі;

Продовж. Додатка М

- б) аборт неприпустимий в будь-якому випадку, оскільки плід має свідомість;
- в) дотримуючись принципу поваги до особистості, жінка має право розраховувати на аборт (до 12 тижнів).

13. Яке Ваше ставлення до евтаназії?

- а) відношення регулюється законодавством, зокрема, законодавством РФ евтаназія заборонена;
- б) евтаназія може бути прийнятною з морально-етичної точки зору тільки в тому випадку, якщо вона здійснюється за згодою хворого і його захворювання не сумісне з життям, а також приносить неймовірні страждання;
- в) людина має право самостійно розпоряджатися своїм життям.

14. У повсякденному житті Ви керуєтеся:

- а) тільки моральними принципами;
- б) моральними принципами, які співвідносяться з ситуацією;
- в) своїми почуттями і досвідом залежно від ситуації.

15. У повсякденному житті Ваше ставлення до людей продиктовано:

- а) особистими симпатіями та уподобаннями;
- б) людяністю;
- в) терпимістю до відмінностей всіх людей.

16. Ви є свідком у громадському місці грубого поводження однієї людини з іншою. Які будуть Ваші дії?

- а) ігнорування;
- б) захист скривдженого людини;
- в) вони будуть визначатися іншими умовами ситуації.

17. Що становить предмет лікарської таємниці?

- а) приховування від пацієнта інформації про стан його здоров'я, перебіг хвороби та необхідні медичні маніпуляції;
- б) недопустимість розголошення інформації про факт звернення за медичною допомогою, стан здоров'я пацієнта, його діагноз й інші відомості, що отримані при обстеженні та лікуванні;
- в) заборона обговорювати події особистого життя в професіональному середовищі серед медичних працівників.

18. Один з принципів медичної деонтології:

- а) дії медичного працівника повинні бути спрямовані на благо пацієнта;
- б) у процесі роботи з пацієнтом медичний працівник повинен набувати досвід;
- в) допомога пацієнту має бути надана з урахуванням факторів навколишнього середовища.

Продовж. Додатка М

19. Основною відмінною ознакою професійної етики медичної сестри є:

- а) кримінальна відповідальність за недотримання професійних етичних норм;
- б) пріоритет інтересів медичної науки над інтересами конкретного хворого;
- в) усвідомлений вибір моральних принципів і правил поведінки по відношенню до хворого та в професійному середовищі.

20. Світоглядна культура медичної сестри – це...

- а) результат формування світогляду майбутніх фахівців медичної справи та утвердження в медичній практиці моральнісного світовідношення, яке реалізується у контексті співвідношення медичний працівник - пацієнт на засадах висококультурності, гуманності, інтелектуальної фаховості та співчутті;
- б) історично набутий набір правил поведінки в соціумі для оволодіння вмінням медичної сестри підтримати світську бесіду з колегами та пацієнтами;
- в) сукупність матеріальних і духовних цінностей, що були запроваджені протягом всієї історії розвитку медицини для ефективного спілкування медичними сестрами з пацієнтами та колегами.

Оцінка результатів:

від 50 до 64 балів – початковий рівень;

від 55 до 77 балів – середній рівень;

від 78 до 89 балів – достатній рівень;

від 90 до 100 балів – високий рівень

Додаток Н

Тест для самооцінювання студентів-медиків «Яка я медична сестра?» [260] (За методикою Г. М. Стечак, адаптований нами)

Прочитайте запропоновані твердження за порядком. Поставте (+), якщо воно правильне, і (–), якщо неправильне.

1. Я навчаю пацієнтів, як їм діяти лише на словах.
2. Пацієнтам важко порозумітися зі мною як медсестрою.
3. Я толерантна, чуйна у своїй практичній діяльності.
4. Як медична сестра я впевнено виконую медичні маніпуляції, та інформую щодо проведення їх пацієнтів.
5. Мені не вистачає терплячості у відносинах із пацієнтами.
6. Моє слово – закон для пацієнтів та їхніх близьких.
7. Я зазвичай не розкриваю та не обговорюю план лікування із пацієнтами.
8. Пацієнти цілком задоволені мною як медичною сестрою.
9. Я недостатньо вимоглива до пацієнтів.
10. Я завжди можу дати розумну пораду щодо догляду за пацієнтами.
11. Пацієнти мені повністю довіряють як медичній сестрі.
12. Моя оцінка дуже важлива для пацієнтів.
13. Я застосовую в навчанні профілактики хвороб переважно традиційні методи.
14. Пацієнти та їхні родичі задоволені мною.
15. Як медична сестра я не цікавлюсь особистими проблемами пацієнтів.
16. Я враховую індивідуальні особливості кожного пацієнта.
17. Я не зважаю на настрій пацієнтів.
18. Я завжди вислуховую пацієнтів.
19. У мене немає сумнівів у правильності та необхідності медичних маніпуляцій та досліджень які призначає лікар.
20. Пацієнти не діляться зі мною своїми міркуваннями.
21. Як медична сестра я добре знаю як уникати конфліктів з пацієнтами.
22. Я хотіла би стати успішною, висококваліфікованою медсестрою та завжди допомагати людям.
23. У мене з пацієнтами лише ділові стосунки.
24. Підвищення кваліфікації медичної сестри передбачає розвиток лише професійної компетентності, а не світоглядної культури .

Ключ.

Кожна відповідь, що співпадає із запропонованим варіантом, оцінюється в 1 бал, а яка не співпадає – 0 балів:

Гностичний параметр: 1 –, 4 +, 7 +, 10 +, 13 –, 16 –, 19 –, 22 +.

Емоційний параметр: 2 –, 5 –, 8 +, 11 +, 14 +, 17 –, 20 –, 23 +.

Поведінковий параметр: 3 +, 6 +, 9 –, 12 +, 15 –, 18 +, 21 –, 24 –.

Додаток II

Методика «Визначення рівня самоактуалізації особистості» [223,с. 29-40]

1. А) Настане час, коли я заживу по-справжньому, не так, як зараз.
Б) Я впевнений, що живу по-справжньому вже зараз.
2. А) Я дуже захоплений власною професією.
Б) Не можу сказати, що мені подобається моя робота і те, чим я займаюсь.
3. А) Якщо незнайома людина зробить мені послугу, я почуваю себе зобов'язаним їй.
Б) Приймаючи послугу незнайомої людини, я не почуваю себе зобов'язаним їй.
4. А) Мені буває важко зрозуміти свої почуття.
Б) Я завжди можу зрозуміти свої почуття.
5. А) Я часто замислююсь над тим, чи правильно я поведив себе в тій або іншій ситуації.
Б) Я рідко замислююсь над тим, наскільки правильна моя поведінка.
6. А) Я внутрішньо ніяковію, коли мені говорять компліменти.
Б) Я рідко ніяковію, коли мені кажуть компліменти.
7. А) Здатність до творчості – природна властивість людини.
Б) Далеко не всі люди наділені здатністю до творчості.
8. А) У мене не завжди вистачає часу на те, щоб стежити за новинками літератури і мистецтва.
Б) Я докладаю зусиль, намагаючись стежити за новинками літератури і мистецтва.
9. А) Я часто приймаю ризиковані рішення.
Б) Мені важко приймати ризиковані рішення.
10. А) Інколи я можу дати співрозмовнику зрозуміти, що він мені здається дурним і нецікавим.
Б) Я вважаю неприпустимим дати зрозуміти людині, що вона мені здається дурною і нецікавою.
11. А) Я люблю залишати приємне “на потім”.
Б) Я не залишаю приємне “на потім”.
12. А) Я вважаю нечемним переривати розмову, якщо вона цікава тільки моєму співрозмовнику.
Б) Я можу швидко і невимушено переривати розмову, яка цікава тільки одній стороні.
13. А) Я прагну до досягнення внутрішньої гармонії.
Б) Стан внутрішньої гармонії майже недосяжний.
14. А) Не можу сказати, що я собі подобаюсь.
Б) Я собі подобаюсь.
15. А) Я думаю, що більшості людей можна довіряти.
Б) Думаю, що без крайньої необхідності людям довіряти не варто.
16. А) Погано оплачувана робота не може приносити задоволення.

- Б) Цікава, творча робота – сама по собі вже винагорода.
17. А) Досить часто мені нудно.
Б) Мені ніколи не буває нудно.
18. А) Я не буду відступати від власних принципів навіть заради корисних справ, за які міг би розраховувати на людську вдячність.
Б) Я б відступив від своїх принципів заради справ, за які люди були б мені вдячні.
19. А) Інколи мені важко бути щирим.
Б) Мені завжди вдається бути щирим.
20. А) Коли я подобаюсь собі, мені здається, що я подобаюсь і оточуючим.
Б) Навіть коли я собі подобаюсь, я розумію, що є люди, яким я неприємний.
21. А) Я довіряю своїм зненацька виниклим бажанням.
Б) Свої раптові бажання я завжди намагаюся осмислити.
22. А) Я повинен бути досконалим у всьому, що я роблю.
Б) Я не занадто засмучуюсь, якщо мені не вдається бути досконалим.
23. А) Егоїзм – природна властивість будь-якої людини.
Б) Більшості людей егоїзм не властивий.
24. А) Якщо я не відразу знаходжу відповідь на питання, то можу відкласти його на деякий час.
Б) Я буду шукати відповідь на питання, що цікавить мене, незважаючи на витрати часу.
25. А) Я люблю перечитувати книги, які мені сподобались.
Б) Краще прочитати нову книгу, ніж повертатися до прочитаної.
26. А) Я намагаюся поводитись так, як очікують оточуючі.
Б) Я не схильний задумуватись над тим, чого чекають від мене оточуючі.
27. А) Минуле, нинішнє і майбутнє здаються мені єдиним цілим.
Б) Думаю, моє нинішнє не дуже пов'язане з минулим або майбутнім.
28. А) Більша частина того, що я роблю, приносить мені задоволення.
Б) Лише деякі з моїх занять по-справжньому мене тішать.
29. А) Прагнучи розібратись в характері і почуттях оточуючих, люди часто бувають нетактовні.
Б) Прагнення розібратись в характері і почуттях оточуючих людей цілком природне і виправдовує деяку нетактовність.
30. А) Я добре знаю, які почуття я здатен відчувати, а які – ні.
Б) Я ще не зрозумів до кінця, які почуття я здатен відчувати.
31. А) Я відчуваю докори сумління, якщо серджусь на тих, кого люблю.
Б) Я не відчуваю докорів сумління, якщо серджусь на тих, кого люблю.
32. А) Людина повинна спокійно ставитись до того, що вона може почути про себе від інших.
Б) Цілком природно образитись, почувши неприємну думку про себе.
33. А) Зусилля, яких вимагає пізнання істини, варті того, бо приносять користь.
Б) Зусилля, яких вимагає пізнання істини, варті того, бо приносять задоволення.

34. А) В складних ситуаціях треба діяти випробованими засобами – це гарантує успіх.
Б) В складних ситуаціях треба знаходити принципово нові рішення.
35. А) Люди рідко дратують мене.
Б) Люди часто мене дратують.
36. А) Якщо б була можливість повернути минуле, я б там багато чого змінив.
Б) Я задоволений своїм минулим і не хочу в ньому нічого змінювати.
37. А) Головне в житті – приносити користь і подобатись людям.
Б) Головне в житті – робити добро і служити істині
38. А) Інколи я боюся виглядати занадто ніжним.
Б) Я ніколи не боюся проявляти свою ніжність.
39. А) Я вважаю, що висловити свої почуття важливо за будь-яких обставин.
Б) Не варто необдуманно висловлювати свої почуття, не зваживши ситуацію.
40. А) Я вірю в себе лише тоді, коли відчуваю, що можу вирішити свої проблеми.
Б) Я вірю в себе навіть тоді, коли не здатен вирішити свої проблеми.
41. А) Здійснюючи вчинки, люди керуються взаємними інтересами.
Б) За своєю природою люди схильні піклуватися лише про власні інтереси.
42. А) Мене цікавлять всі нововведення в моїй професійній сфері.
Б) Я скептично ставлюсь до більшості нововведень в своїй професійній області.
43. А) Я думаю, що творчість повинна приносити користь людям.
Б) Я вважаю, що творчість повинна приносити людям задоволення
44. А) У мене завжди є своя власна точка зору з важливих питань.
Б) Формуючи свою точку зору, я схильний прислуховуватися до думок поважних і авторитетних людей.
45. А) Секс без любові не є цінністю.
Б) Навіть без любові секс – дуже значуща цінність.
46. А) Я почуваю себе відповідальним за настрій співрозмовника.
Б) Я не почуваю себе відповідальним за це.
47. А) Я легко мирюся зі своїми слабкостями.
Б) Змиритися зі своїми слабкостями мені нелегко.
48. А) Успіх в спілкуванні залежить від того, наскільки людина здатна розкрити себе іншому.
Б) Успіх в спілкуванні залежить від уміння підкреслити свої переваги і приховати недоліки.
49. А) Моє почуття самоповаги залежить від того, чого я досягнув.
Б) Моє почуття самоповаги не залежить від моїх досягнень.
50. А) Більшість людей призвичаїлися діяти “за лінією найменшого опору”.
Б) Думаю, що більшість людей до цього не схильні.
51. А) Вузька спеціалізація необхідна для вченого.
Б) Заглиблення у вузьку спеціалізацію робить людину обмеженою.
52. А) Дуже важливо, чи є у людини в житті радощі пізнання і творчості.
Б) В житті дуже важливо приносити користь людям.

53. А) Мені подобається брати участь в палких суперечках.
Б) Я не люблю суперечок.
54. А) Я цікавлюся віщуваннями, гороскопами, астрологічними прогнозами.
Б) Подібні речі мене не цікавлять.
55. А) Людина повинна працювати заради задоволення своїх потреб і блага своєї сім'ї.
Б) Людина повинна працювати, щоб реалізувати свої здібності і бажання.
56. А) У вирішенні особистих проблем я керуюсь загальноновизнаними уявленнями.
Б) Свої проблеми я вирішую так, як вважаю за потрібне.
57. А) Воля потрібна для того, щоб стримувати бажання і контролювати почуття.
Б) Головне призначення волі – підштовхувати зусилля і збільшувати енергію людини.
58. А) Я не соромлюсь своїх слабкостей перед друзями.
Б) Мені нелегко виявляти свої слабкості навіть перед друзями.
59. А) Людині властиве прагнення до нового.
Б) Люди прагнуть до нового лише за необхідністю.
60. А) Я думаю, що вираз “вік живи – вік навчайся” є хибним.
Б) Вираз “вік живи – вік навчайся” я вважаю істинним.
61. А) Я думаю, що сенс життя полягає в творчості.
Б) Навряд чи в творчості можна знайти сенс життя.
62. А) Мені буває непросто познайомитися з людиною, яка мені симпатична.
Б) Я не маю труднощів, знайомлячись з будь-ким.
63. А) Мене засмучує, що значна частина життя минає даремно.
Б) Не можу сказати, що деяка частина мого життя минає даремно.
64. А) Для обдарованої людини є неприпустимим нехтування своїм обов'язком.
Б) Талант і здібність важать більше, ніж обов'язок.
65. А) Мені добре вдається маніпулювати людьми.
Б) Я вважаю, що маніпулювати людьми неетично.
66. А) Я намагаюся уникати засмучення.
Б) Я роблю те, що вважаю за потрібне, незважаючи на можливі засмучення.
67. А) В більшості ситуацій я не можу дозволити собі блазнювати.
Б) Є безліч ситуацій, в яких я можу дозволити собі блазнювати.
68. А) Критика на мою адресу знижує мою самооцінку.
Б) Критика практично не впливає на мою самооцінку.
69. А) Заздрість властива тільки невдахам, які вважають, що їх обійшли.
Б) Більшість людей заздрісні, хоча і намагаються це приховати.
70. А) Вибираючи для себе заняття, людина повинна враховувати його суспільну значимість.
Б) Людина повинна займатися передусім тим, що їй цікаво.
71. А) Я думаю, що для творчості необхідні знання в обраній області.

Б) Я думаю, що знання для цього зовсім не обов'язкові.

72. А) Я можу сказати, що живу з відчуттям щастя.

Б) Я не можу сказати, що живу з відчуттям щастя.

73. А) Я думаю, що люди мають аналізувати себе і своє життя.

Б) Я вважаю, що самоаналіз приносить більше шкоди, ніж користі.

74. А) Я намагаюся знайти пояснення навіть для тих своїх вчинків, котрі роблю просто тому, що мені це хочеться.

Б) Я не шукаю пояснення для своїх дій і вчинків.

75. А) Я впевнений, що кожний може прожити своє життя так, як йому хочеться.

Б) Я думаю, що у людини мало шансів прожити своє життя так, як хотілося б.

76. А) Про людину ніколи не можна сказати із впевненістю, добра вона чи зла.

Б) Добра людина чи зла – це видно одразу.

77. А) Для творчості потрібно дуже багато вільного часу.

Б) Мені здається, що в житті завжди можна знайти час для творчості.

78. А) Зазвичай я бажаю переконати співрозмовника, що я маю рацію.

Б) В суперечці я намагаюся зрозуміти точку зору співрозмовника, а не переконати його.

79. А) Якщо я роблю щось винятково для себе, мені буває ніяково.

Б) Я не відчуваю ніяковості в такій ситуації.

80. А) Я вважаю себе творцем свого майбутнього.

Б) Навряд чи я сильно впливаю на власне майбутнє.

81. А) Вираз “добро має бути з кулаками” я вважаю правильним.

Б) Навряд чи правильний вираз “добро має бути з кулаками”.

82. А) Я думаю, недоліки людей значно помітніші, ніж їхні чесноти.

Б) Чесноти людини побачити значно легше, ніж її недоліки.

83. А) Інколи я боюся бути самим собою.

Б) Я ніколи не боюся бути самим собою.

84. А) Я намагаюся не згадувати про свої минулі неприємності.

Б) Час від часу я схильний повертатися до спогадів про минулі невдачі.

85. А) Я вважаю, що метою життя повинно бути щось значне.

Б) Я зовсім не вважаю, що метою життя неодмінно повинно бути щось значне.

86. А) Люди прагнуть того, щоб розуміти і довіряти одна одній.

Б) Замикаючись в колі власних інтересів, люди не розуміють оточуючих.

87. А) Я намагаюся не бути “білою вороною”.

Б) Я дозволяю собі бути “білою вороною”.

88. А) В довірливій бесіді люди, зазвичай, щирі.

Б) Навіть в довірливій бесіді людині важко бути щирою.

89. А) Буває, що я соромлюсь виявляти свої почуття.

Б) Я ніколи цього не соромлюсь.

90. А) Я можу робити щось для інших, не вимагаючи, щоб вони це оцінили.

Б) Я маю право очікувати від людей, що вони оцінять те, що я для них роблю.

91. А) Я виявляю свою приязнь до людини незалежно від того, чи взаємна вона.

Б) Я рідко виявляю свою приязнь до людини, не будучи впевненим, що вона взаємна.

92. А) Я думаю, що в спілкуванні потрібно відкрито виявляти своє невдоволення іншими.

Б) Мені здається, що в спілкуванні люди повинні приховувати взаємне невдоволення.

93. А) Я приймаю наявність протиріч в самому собі.

Б) Внутрішні протиріччя знижують мою самооцінку.

94. А) Я прагну відкрито висловлювати свої почуття.

Б) Думаю, що у відкритому прояві почуттів завжди є елемент нестриманості.

95. А) Я впевнений в собі.

Б) Не можу сказати, що я впевнений в собі.

96. А) Досягнення щастя не може бути головною метою людських стосунків.

Б) Досягнення щастя – головна мета людських стосунків.

97. А) Мене люблять, тому що я цього заслуговую.

Б) Мене люблять, тому що я сам здатен любити.

98. А) Нерозділене кохання здатне зробити життя нестерпним.

Б) Життя без кохання гірше, аніж нерозділене кохання в житті.

99. А) Якщо розмова не вдалася, я спробую побудувати її інакше.

Б) Зазвичай розмова не складається через неухважність співрозмовника.

100. А) Я намагаюся справити на людей гарне враження.

Б) Люди бачать мене таким, який я насправді.

Ключ № 1

Прагнення до самоактуалізації виявляється такими пунктами тесту:

1. Б 16. Б 31. Б 46. Б 61. А 76. А 91. А

2. А 17. Б 32. А 47. А 62. Б 77. Б 92. А

3. Б 18. А 33. Б 48. А 63. Б 78. Б 93. А

4. Б 19. Б 34. Б 49. Б 64. Б 79. Б 94. А

5. Б 20. Б 35. А 50. Б 65. Б 80. А 95. А

6. Б 21. А 36. Б 51. Б 66. Б 81. Б 96. Б

7. А 22. Б 37. Б 52. А 67. Б 82. Б 97. Б

8. Б 23. Б 38. Б 53. А 68. Б 83. Б 98. Б

9. А 24. Б 39. А 54. Б 69. А 84. А 99. А

10. А 25. А 40. Б 55. Б 70. Б 85. А 100. Б

11. А 26. Б 41. А 56. Б 71. Б 86. А

12. Б 27. А 42. А 57. Б 72. А 87. Б

13. А 28. А 43. Б 58. А 73. А 88. А

14. Б 29. Б 44. А 59. А 74. Б 89. Б

15. А 30. А 45. А 60. Б 75. А 90. А

Кількість збігів відповідей з ключем № 1 визначає загальний рівень самоактуалізації особи у відсотках.

Оціночна шкала

Ключ № 2

Окремі шкали опитувача САМОАЛ подані в таких пунктах:

1. Орієнтація в часі: 1. Б, 11. А, 17. Б, 24. Б, 27. А, 36. Б, 54. Б, 63. Б, 73. А, 80. А.

2. Цінності: 2. А, 16. Б, 18. А, 25. А, 28. А, 37. Б, 45. А, 55. Б, 61. А, 64. Б, 72. А, 81. Б, 85. А, 96. Б, 98. Б.

3. Погляд на природу людини: 7. А, 15. А, 23. Б, 41. А, 50. Б, 59. А, 69. А, 76. А, 82. Б, 86. А.

4. Потреба в пізнанні: 8. Б, 24. Б, 29. Б, 33. Б, 42. А, 51. Б, 53. А, 54. Б, 60. Б, 70. Б.

5. Креативність (прагнення до творчості): 9. А, 13. А, 16. Б, 25. А, 28. А, 33. Б, 34. Б, 43. Б, 52. А, 55. Б, 61. А, 64. Б, 70. Б, 71. Б, 77. Б.

6. Автономність: 5. Б, 9. А, 10. А, 26. Б, 31. Б, 32. А, 37. Б, 44. А, 56. Б, 66. Б, 68. Б, 74. Б, 75. А, 87. Б, 92. А.

7. Спонтанність: 5. Б, 21. А, 31. Б, 38. Б, 39. А, 48. А, 57. Б, 67. Б, 74. Б, 83. Б, 89. Б, 91. А, 92. А, 94. А.

8. Саморозуміння: 4. Б, 13. А, 20. Б, 30. А, 31. Б, 38. Б, 47. А, 66. Б, 79. Б, 93. А.

9. Аутосимпатія: 6. Б, 14. Б, 21. А, 22. Б, 32. А, 40. Б, 49. Б, 58. А, 67. Б, 68. Б, 79. Б, 84. А, 89. Б, 95. А, 97. Б.

10. Контактність: 10. А, 29. Б, 35. А, 46. Б, 48. А, 53. А, 62. Б, 78. Б, 90. А, 92. А.

11. Гнучкість в спілкуванні: 3. Б, 10. А, 12. Б, 19. Б, 29. Б, 32. А, 46. Б, 48. А, 65. Б, 99. А.

Оціночна шкала:

Результат 0-5 балів свідчить про низький рівень досягнень за даною шкалою, показник 5-10 балів – середній рівень розвитку, 10-15 балів – високий рівень самоактуалізації.

Примітка. Шкали 1, 3, 4, 8, 10 і 11 мають по 10 пунктів, а інші – по 15. Для того, щоб можна було порівняти отримані результати, кількість балів за

цими шкалами слід помножити на 1,5. Можна одержати результат у відсотках: 15 балів (максимум за кожною шкалою) – 100%, а число набраних балів – X%.

Опис шкал опитувача САМОАЛ

1. Шкала орієнтації в часі показує, наскільки людина живе сьогоденням, не відкладаючи своє життя “на потім” і не намагаючись знайти порятунок у минулому. Високий результат характерний для осіб, що добре розуміють екзистенціальну цінність життя “тут і тепер”, здатних насолоджуватися актуальним моментом, не порівнюючи його з минулими втіхами і не знецінюючи очікуванням майбутніх успіхів. Низький результат показують студенти, невротично заглиблені в минулі переживання, з завищеним прагненням до досягнень, підозрілі і невпевнені у собі.

2. Шкала цінностей. Високий бал за цією шкалою свідчить, що людина поділяє цінності особи, яка самоактуалізується, до їх числа Абрахам Маслоу відносив такі, як істина, добро, краса, цілісність, відсутність роздвоєності, життєвість, унікальність, досконалість, досягнення, справедливість, порядок, простота, легкість без зусиль, гра, самодостатність. Перевага цих цінностей вказує на прагнення до гармонійного буття і здорових стосунків з людьми, далеке від бажання маніпулювати ними в своїх інтересах.

3. Погляд на природу людини може бути позитивним (висока оцінка) або негативним (низька). Ця шкала описує віру в людей, в могутність людських можливостей. Високий показник може інтерпретуватися як стала основа для щирих гармонійних міжособистісних стосунків, природна симпатія, довіра до людей, чесність, неупередженість, доброзичливість.

4. Висока потреба в пізнанні характерна для особи, що самоактуалізується, завжди відкритій новим враженням. Ця шкала описує спроможність до миттєвого пізнання – безкорисливе бажання нового, інтерес до об’єктів, не пов’язаний прямо з задоволенням різних потреб. Таке пізнання, вважає Маслоу, точніше і ефективніше, оскільки його процес не деформується бажаннями і потягами, людина при цьому не схильна судити, оцінювати і порівнювати. Вона просто бачить те, що є, і цінує це.

5. Прагнення до творчості або креативність – неодмінний атрибут самоактуалізації, яку можна назвати творчим ставленням до життя.

6. Автономність, на думку більшості гуманістичних психологів, є головним критерієм психічного здоров’я особи, її цілісності і повноти. Це поняття тяжіє до таких рис, як життєвість (aliveness) і самопідтримка (self – support) у Ф. Перлза, спрямованість зсередини (inner – directed) у Д. Рисмена, зрілість (ripeness) у К. Роджерса. Особа, яка самоактуалізується автономна, незалежна і вільна, однак це не означає відчуження і самотності. В термінах Е. Фромма автономність – це позитивна “свобода для”, що відрізняється від негативної “свободи від”.

7. Спонтанність – це якість, що впливає з упевненості в собі і довіри до навколишнього світу, властивих для людей, які є самоактуалізованими.

Високий показник за шкалою спонтанності свідчить про те, що самоактуалізація стала способом життя, а не є мрією чи прагненням. Здатність до спонтанної поведінки обмежується культурними нормами, в природному вигляді її можна спостерігати хіба що у маленьких дітей. Спонтанність співвідноситься з такими цінностями, як свобода, природність, гра, легкість без зусилля.

8. Саморозуміння. Високий показник за цією шкалою свідчить про чутливість, сензитивність людини до своїх бажань і потреб. У таких людей не формуються психологічні захисти, що заважають людині адекватно сприймати і оцінювати себе, вони не схильні підміняти власні смаки і оцінки зовнішніми соціальними стандартами. Показники за шкалою саморозуміння, спонтанності і аутосимпатії, як правило, пов'язані між собою. Низький бал за шкалою саморозуміння властивий людям невпевненим, які орієнтуються на думку оточуючих. Д. Рисмен називав таких “орієнтованими ззовні” на відміну від “орієнтованих зсередини”.

9. Аутосимпатія – природна основа психічного здоров'я і цілісності особи. Низькі показники мають люди невротичні, тривожні, невпевнені в собі. Аутосимпатія зовсім не означає тупої самовтіхи або некритичного самосприйняття, це просто добре усвідомлена “Я-концепція”, що служить джерелом сталої адекватної самооцінки.

10. Шкала контактності вимірює товариськусть особи, її спроможність до встановлення тривалих і доброзичливих стосунків з оточуючими. У питальнику САМОАЛ контактність розуміється не як рівень комунікативних здібностей особи або як навички ефективного спілкування, а як загальна схильність до взаємнокорисних і приємних контактів з іншими людьми.

11. Шкала гнучкості в спілкуванні співвідноситься з наявністю або відсутністю соціальних стереотипів, спроможністю до адекватного самовираження в спілкуванні. Високі показники свідчать про автентичну взаємодію з оточуючими, спроможність до саморозкриття. Люди з високою оцінкою за цією шкалою орієнтовані на особистісне спілкування, не схильні до фальшу або маніпуляцій, не змішують саморозкриття особи з самопредставленням – стратегією і тактикою управління створюваним враженням. Низькі показники характерні для людей ригідних, негнучких, не впевнених у власній привабливості, в тому, що вони цікаві співрозмовнику, та спілкування з якими може приносити задоволення.

Додаток Р

Методика діагностики особистості на мотивацію до успіху Т. Елерса [233]

На кожен з нижчезазначених питань відповідайте «Так» або «Ні».

- 1. Коли є вибір між двома варіантами, його краще зробити швидше, ніж відкласти на певний час.
- 2. Я легко дратуюся, коли помічаю, що не можу па всі 100% виконати завдання.
- 3. Коли я працюю, це виглядає так, ніби я все ставлю на карту.
- 4. Коли виникає проблемна ситуація, я найчастіше приймаю рішення одним з останніх.
- 5. Коли в мене два дні поспіль немає діла, я втрачаю спокій.
- 6. У деякі дні мої успіхи нижче середніх.
- 7. По відношенню до себе я більш строгий, ніж по відношенню до інших.
- 8. Я більш доброзичливий, ніж інші.
- 9. Коли я відмовляюся від важкого завдання, то потім суворо засуджую себе, бо знаю, що в ньому я домогся б успіху.
- 10. У процесі роботи я потребує невеликих пауз для відпочинку.
- 11. Старанність – це не основна моя риса.
- 12. Мої досягнення в праці не завжди однакові.
- 13. Мене більше приваблює інша робота, ніж та, якою я зайнятий.
- 14. Осуд стимулює мене сильніше, ніж похвала.
- 15. Я знаю, що мої колеги вважають мене діловою людиною.
- 16. Перешкоди роблять мої рішення більш твердими.
- 17. У мене легко викликати честолюбство.
- 18. Коли я працюю без натхнення, це зазвичай помітно.
- 19. Виконуючи роботу, я не розраховую на допомогу інших.
- 20. Іноді я відкладаю те, що повинен був зробити зараз.
- 21. Треба покладатися тільки на самого себе.
- 22. У житті мало речей більш важливих, ніж гроші.
- 23. Завжди, коли мені треба виконати важливе завдання, я ні про що інше не думаю.
- 24. Я менш честолюбний, ніж багато інших.
- 25. У кінці відпустки я зазвичай радію, що скоро вийду на роботу.
- 26. Коли я налаштований на роботу, я роблю її краще, ніж інші.
- 27. Мені простіше і легше спілкуватися з людьми, які можуть завзято працювати.
- 28. Коли у мене немає справ, я відчуваю, що мені не по собі.
- 29. Мені доводиться виконувати відповідальну роботу частіше, ніж іншим.
- 30. Коли мені доводиться приймати рішення, я намагаюся робити це якомога краще.
- 31. Мої друзі іноді вважають мене ледачим.
- 32. Мої успіхи якоюсь мірою залежать від моїх колег.

- 33. Безглуздо протидіяти волі керівника.
- 34. Іноді не знаєш, яку роботу доведеться виконувати.
- 35. Коли щось не ладиться, я нетерплячий.
- 36. Я зазвичай звертаю мало уваги на свої досягнення.
- 37. Коли я працюю разом з іншими, моя робота дає вищі результати, ніж робота інших.
- 38. Багато чого, за що я беруся, я не доводжу до кінця.
- 39. Я заздрю людям, які не завантажені роботою.
- 40. Я не заздрю тим, хто прагне до влади і становища.
- 41. Коли я впевнений, що стою на правильному шляху, для доведення своєї правоти я йду аж до крайніх заходів.

Ключ. Ви отримали по 1 балу за відповіді «Так» на наступні питання: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 37, 41. Ви також отримали по 1 балу за відповіді «Ні» на питання 6, 13, 18, 20, 24, 31, 36, 38, 39. Відповіді на питання 1, 11, 12, 19, 23, 33, 34, 35, 40 не враховуються. Підрахуйте суму набраних балів.

Результат:

- Від 1 до 10 балів: низька мотивація до успіху;
- Від 11 до 16 балів: середній рівень мотивації до успіху;
- Від 17 до 20 балів: помірковано високий рівень мотивації;
- Понад 21 бали: занадто високий рівень мотивації до успіху.

Додаток С

Практичні завдання початкового рівня знань [розроблені автором]

Завдання №1.

Здійсніть догляд за порожниною рота хворому, який знаходиться у стані коми.

Завдання №2.

Продемонструйте техніку промивання очей.

Завдання №3.

Приготуйте 0,3% розчин бланідас-актив для дезінфекції пластмасових інгаляційних масок. Вкажіть експозицію.

Завдання №4.

Продемонструйте виготовлення перев'язувального матеріалу (серветки, турунди, тампони, ватні кульки). Здійсніть укладку бікса.

Завдання №5.

Здійсніть гігієнічну обробку рук. Вдягніть стерильні рукавички.

Завдання №6.

Продемонструйте одягання стерильного халата собі та лікарю-хірургу.

Завдання №7.

З запропонованого матеріалу укомплектуйте аптечку «Анти-СНІД». Продемонструйте ваші дії при вірогідності зараження ВІЛ-інфекцією.

Завдання №8.

Підготуйте медичні інструменти до стерилізації в повітряному стерилізаторі.

Завдання №9.

Проведіть заміну постільної білизни лежачому хворому двома способами.

Завдання №10.

Здійсніть годування хворого через зонд на фантомі.

Оцінка результатів:

від 50 до 64 балів –початковий рівень;

від 55 до 77 балів – середній рівень;

від 78 до 89 балів – достатній рівень;

від 90 до 100 балів – високий рівень.

Додаток Т

КОМПЛЕКСНІ ЗАВДАННЯ КІНЦЕВОГО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ТА ВІЛЬНОГО ОПЕРУВАННЯ ФАХОВОЮ ТЕРМІНОЛОГІЄЮ

[розроблена автором]

I. Підберіть з графи «Б» визначення та тлумачення, які відносяться до відповідної категорії граfi «А».

I 1) світогляд; 2) увага; 3) уява; 4) мислення; 5) емоції; 6) анамнез.	а) спрямованість психічної діяльності людини та її зосередженість у певний момент на об'єкти або явища, які мають для людини певне значення при одночасному абстрагуванні від інших; б) психічний процес створення людиною нових образів на основі її попереднього досвіду; в) переживання у різній формі внутрішнього ставлення людини до того, що відбувається в житті та до самої себе; г) сукупність переконань, оцінок, поглядів та принципів, які визначають найзагальніше бачення та розуміння світу і місце особистості у ньому, а також її життєві позиції, програми поведінки та діяльності; д) сукупність відомостей про пацієнта і розвиток захворювання, що отримують при опитуванні самого хворого й осіб, які його знають, та використовують для встановлення діагнозу і прогнозу хвороби, а також вибору оптимальних методів лікування і профілактики; е) психічний процес самостійного пошуку й відкриття суттєво нового, тобто процес опосередкування та узагальнення відображення дійсності під час її аналізу й синтезу, що виникає на основі практичної діяльності й досвід.
II 1) обов'язок медпрацівника; 2) деонтологія; 3) спеціальна деонтологія; 4) медична етика; 5) лікарська	а) вчення про принципи поведінки медпрацівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого та норми взаємодії з колегами; б) галузь, яка досліджує об'єктивні основи, сутність, специфіку, структуру й основні функції моралі працівників медичної сфери діяльності; в) внутрішня установка індивіда діяти відповідно до своєї совісті і свободи волі; надавати допомогу хворому на найвищому професійному рівні та ніколи і ні в якому разі не брати участь в діях, спрямованих проти фізичного і

таємниця; б) моральність.	<p style="text-align: right;"><i>Продовж. Додатка Т</i></p> психічного здоров'я людей; г) галузь, яка вивчає особливості конкретних медичних спеціальностей; д) інформація про стан здоров'я, яка стала відома про особу (пацієнта) лікуючому персоналу, посадовим особам та службовому персоналу медичної установи при здійсненні ними своїх професійних обов'язків.
------------------------------	---

II. Розкрийте сутність понять:

16. Гіпертермія

17. Дезінфекція

18. Езофагогастродуоденоскопія

19. Протеїнурія

20. Брадикардія

21. Аускультация

22. Медична етика

23. Асфіксія

24. Анафілактичний шок

25. Гіпоглікемія

26. Гіпертонічний розчин

27. Психіка

28. Симптом

29. Безумовний рефлекс

30. Антропометричні дані

III. Тестові завдання.

1. У хворого відкритий перелом плеча, із рани пульсуючим струменем витікає кров яскраво-червоного кольору. З чого слід розпочати невідкладну допомогу?

- а) накладання джгута;
- б) введення серцево-судинних засобів;
- в) введення кровоспинних засобів;
- г) проведення транспортної іммобілізації;
- д) накладання тиснутої пов'язки.

2. Що було вперше запроваджено після ратифікації Конвенції Міжнародної Організації Праці «Про сестринський персонал» (1979 р.):

- а) спеціалізацію «Сестринська справа»;

- б) атестацію середніх медичних працівників із присвоєнням кваліфікаційних категорій;
- в) проведення уніфікованого іспиту в навчальних закладах;
- г) проходження обов'язкових медичних оглядів;
- д) проголошення клятви медичної сестри.

3. Порухення серцевого ритму – це:

- а) тахікардія;
- б) брадікардія;
- в) аритмія;
- г) екстрасистолія;
- д) асистолія.

4. Що таке лікарська таємниця:

- а) небажання розповідати про сучасні протоколи лікування;
- б) знання, що колега скоїла лікарську помилку;
- в) сукупність відомостей про хворобу (діагноз, методи лікування, прогноз та ін.), а також про сімейне та інтимне життя хворого, що стали відомими медичним і фармацевтичним працівникам у процесі лікування і не підлягають розголошенню;
- г) відомість про смертельну хворобу у хворого;
- д) відомість про факт звернення пацієнта за медичною допомогою;

5. Гемоторакс – це показання до проведення:

- а) дегідратійної терапії;
- б) комп'ютерної томографії органів грудної порожнини;;
- в) плевральної пункції;
- г) торакотомії;
- д) переливання крові.

6. Заходом специфічної профілактики захворюваності на вірусні гепатити у медпрацівників є:

- а) одягання медичних рукавичок;
- б) використання антисептиків;
- в) вакцинація;
- г) уникнення контакту з біологічними рідинами;
- д) вдягання медичного одягу;

7. Сестринський діагноз - це:

- а) визначення прогнозу розвитку захворювання;
- б) виявлення конкретної хвороби у конкретної людини або у членів її родини;
- в) визначення основного клінічного синдрому;

- г) визначення порушених потреб, існуючих і потенційних проблем пацієнта в зв'язку з хворобою;
- д) висновок про хворобу

8. Що таке пульсовий тиск ?

- а) кров'яний тиск, який заміряється на артеріях;
- б) показує тиск на стінки судин в момент викиду чергової порції крові серцем;
- в) позначає тиск в момент паузи в серцевої діяльності, коли серце відпочиває і знову наповнюється кров'ю;
- г) тиск крові на стінки капілярів;
- д) Різниця між систолічним і діастолічним артеріальним тиском.

9. Що таке сестринський процес?

- а) процес навчання в медичному коледжі;
- б) друга назва посадової інструкції медичної сестри;
- в) безпосередньо процес виконання професійних обов'язків медичною сестрою;
- г) продуманий, системний, обґрунтований і націлений на досягнення мети план, який необхідно реалізувати відповідно до потреби пацієнта, а потім оцінити його;
- д) один з методів лікування.

10. Під яким кутом ставлять внутрішньом'язові ін'єкції

- а) 45°;
- б) 60°;
- в) 90°+;
- г) 75°;
- д) 30°

Оцінка результатів:

- від 50 до 64 балів –початковий рівень;
- від 55 до 77 балів – середній рівень;
- від 78 до 89 балів – достатній рівень;
- від 90 до 100 балів – високий рівень

Додаток У
Практичні завдання кінцевого рівня знань
[розроблені автором]

Завдання №1.

Здійсніть парантеральне введення олійного розчину та продемонструйте алгоритм дій з шприцом та голкою після ін'єкції.

Завдання №2.

Продemonструйте техніку забору венозної крові для дослідження.

Завдання №3.

Розрахуйте дозу розчинного антибіотика згідно з листком лікарських призначень.

Завдання №4.

Продemonструйте правила накладання бинтових пов'язок після оперативних втручань на грудній порожнині.

Завдання №5.

Здійсніть введення інсуліну різними видами шприців.

Завдання №6.

Здійсніть визначення групи крові за допомогою цоліклонів анти-А і анти-В.

Завдання №7.

Продemonструйте шкірну пробу на індивідуальну чутливість до місцевих анестетиків.

Завдання №8.

Продemonструйте методику взяття мазків з носа та зіва.

Завдання №9.

Продemonструйте методики обробки рук препаратами бактерицидної дії.

Завдання №10.

Продemonструйте катетеризацію сечового міхура у чоловіків.

Оцінка результатів:

від 50 до 64 балів –початковий рівень;

від 55 до 77 балів – середній рівень;

від 78 до 89 балів – достатній рівень;

від 90 до 100 балів – високий рівень.

Додаток Ф

СИТУАЦІЙНО-ТВОРЧІ ТА ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

[розроблені автором]

Задача №1.

В інфекційному відділенні у молодій пацієнтки виявили позитивний аналіз на гепатит С. Лікар мав певні сумніви та, щоб уникнути лабораторної помилки, призначив повторне дослідження. Коли медична сестра проводила забір крові, пацієнтка допитувалась про причину призначення повторного дослідження. Медична сестра розповіла пацієнтці про позитивний результат першого аналізу, через це хвора почала плакати, кидатись речами, кричати, що більше не хоче жити. Які мали бути дії медичної сестри на запитання пацієнтки?

Мета: не повідомляти пацієнтам дані лабораторних та інструментальних досліджень, не розголошувати діагноз.

Медсестринські дії:

1. Заспокоїти пацієнтку під час забору аналізу, що призначення повторних досліджень є рутинною практикою.
2. Порадити хворій звернутись з цим питанням до лікуючого лікаря для отримання більш точних роз'яснень.
3. В жодному разі не розголошувати пацієнтці результати досліджень.
4. Не обговорювати з пацієнтами призначені дослідження та план лікування.

Задача № 2.

У медичній лабораторії при заборі венозної крові жінка спочатку поскаржилась на раптову слабкість, далі поблідніла та втратила свідомість. Що має робити маніпуляційна медична сестра в такій ситуації?

Мета: надати допомогу при непритомності, яка виникла під час проведення медичної маніпуляції.

Медсестринські дії:

1. Покласти жінку у горизонтальне положення (ноги підняти, голову опустити);
2. Звільнити пацієнтку від тісного одягу.
3. Забезпечити доступ свіжого повітря.
4. Змочити обличчя холодною водою, поплескати по обличчю.
5. Дати жінці вдихнути пари нашатирного спирту на ватній кульці, протерти скроні пацієнтки ватною кулькою з нашатирним спиртом.
6. Виміряти артеріальний тиск, пульс, частоту дихання.

Задача № 3.

Після проведення внутрішньовенної ін'єкції, медична сестра кардіологічного відділення, під час одягання ковпачка на голку, вколола

палець через рукавичку. Що має робити маніпуляційна медична сестра в такій ситуації?

Мета: проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників під час виконання професійних обов'язків.

Медсестринські дії:

1. Зняти рукавички робочою поверхнею усередину.
2. Місце контакту промити водою з милом (поранена поверхня тримається під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться).
3. Не допускається стискання або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню.
4. Проінформувати лікаря, призначеного відповідальним за постконтактну профілактику наказом керівника закладу охорони здоров'я (відповідальна особа) та завідувача структурного підрозділу для реєстрації аварії.
5. Отримати консультацію для оцінки ризику зараження та дотримуватись рекомендації.

Задача № 4.

Під час введення медичною сестрою нефрологічного відділення 10% розчину кальцію хлориду, хворий К. поскаржився на відчуття печіння під голкою. Що трапилося? Подальші дії медичної сестри?

Мета: профілактика некротизуючої дії розчину кальцію хлориду при проколі венозної стінки та потраплянні під шкіру.

Медсестринські дії:

1. Потягнути поршень на себе, вийти з вени.
2. Постаратися визначити кількість препарату, який потрапив під шкіру пацієнта та, наскільки це можливо, видалити його за допомогою шприца.
3. Ввести в місце ін'єкції 10 мл 25% розчину натрію сульфату або 5-10 мл 25% розчину для ін'єкцій магнію сульфату.
4. Накласти асептичну пов'язку на місце ін'єкції.
5. Проінформувати лікуючого лікаря, чи, при його відсутності, чергового лікаря.

Задача № 5.

Після проведення внутрішньовенної ін'єкції медична сестра дуже поспішала до іншого хворого. Щоб зекономити час вона не розібрала шприц та кинула його в дезінфікуючий розчин. Чи все правильно зробила медсестра?

Мета: проведення дезінфекції шприців і голок одноразового використання хімічним методом із застосуванням правила трьох ємностей.

Медсестринські дії:

1. Працювати потрібно обережно в засобах індивідуального захисту.

Продовж. Додатка Ф

2. Набрати в шприц через голку за допомогою поршня дезінфікуючий розчин з "Ємності для знезараження шприців" (як правило, 3% розчин хлораміну).
3. Потім від'єднати голку за допомогою пінцету (можливо, за допомогою іглоз'ємника), залишити в 3% розчині хлораміну не менш, ніж на 60 хв.
4. Від'єднати поршень від циліндру та замочити їх разом у 3% розчині хлораміну не менш, ніж на 60 хв.
5. Покласти в щільний пластиковий контейнер з кольоровим маркуванням «Небезпечні відходи класу Б» (або В) голку за допомогою пінцета після закінчення часу дезінфекції.
6. Укласти в пакет з кольоровим маркуванням «Небезпечні відходи класу Б» (або В) корпус шприца та поршень в розібраному вигляді. Після заповнення на $\frac{3}{4}$ обсягу, пакет поміщають в міні-контейнер з кольоровим маркуванням, що відповідає класу медичних відходів, і зберігають в приміщенні для тимчасового зберігання медичних відходів до закінчення часу робочої зміни з метою подальшого транспортування до місця знищення або утилізації.
7. Змінити дезінфікуючий розчин в ємностях після закінчення робочої зміни.

Задача № 6.

Жінка 25 років, звернулася зі скаргою до завідуючого хірургічним відділенням, де на лікуванні перебувала її мати. Їй провели операцію, після якої категорично забороняється прийом їжі протягом 2-х днів, але про це пацієнтку не попередили. На зауваження жінки палатна медична сестра сказала, що вона не зобов'язана за цим стежити. Як повинна була вчинити медична сестра?

- а) Спокійно пояснити жінці, що медичних кадрів не вистачає і догляд за пацієнтами мають здійснювати самі родичі;
- б) Запропонувати родичам в наступний раз найняти платну доглядальницю, яка забезпечила б належний догляд;
- в) Не пропускати таких важливих речей, які входять в прямі обов'язки медичної сестри, тому що ефективність лікування після хірургічної операції визначається не тільки успішністю оперативного втручання, а й якістю подальшого сестринського догляду;
- г) Доручити контроль за виконанням дієтичного режиму молодшій медичній сестрі;
- д) Зауважити, що пацієнти самі мусять бути зацікавленими в їх одужанні, тому в їх інтересах самотійно цікавитись такою інформацією у лікуючого лікаря.

Задача № 7.

До старшої медичної сестри гематологічного відділення звернувся зі скаргою пацієнт, якому напередодні ввечері маніпуляційна медична сестра робила внутрішньовенну ін'єкцію. Чоловік обурений, що в нього залишився синець та наполягає на тому, що медична сестра була неуважна, а її дії - непрофесійними та просить відсторонення її від виконання обов'язків. Які мають бути дії старшої медичної сестри?

- а) Запропонувати звернутися в приватну клініку, де пацієнту наддадуть більшої уваги, так як у неї всі медсестри перевантажені і не можуть бути уважні до кожного пацієнта;
- б) Принести вибачення та зробити медичні маніпуляції щодо полегшення стану хворого. Старша медсестра повинна отримати пояснювальну записку від маніпуляційної медичної сестри з приводу інциденту та розібрати цей випадок в колективі для запобігання подібних ситуацій в майбутньому;
- в) Негайно викликати маніпуляційну медичну сестру і змусити її вибачитися перед пацієнтом;
- г) Позбавити премії недобросовісну медсестру і попередити, що якщо подібне повториться, то вона звільнить її з роботи;
- д) Відсторонити від виконання обов'язків маніпуляційну медичну сестру та поставити до відома завідувача відділенням.

Задача № 8.

У відділенні патології ЛОР-органів лікар призначив пацієнтці з явищами ангіни на наступний день здати мазок з зів'язки на бактеріологічне дослідження. Ввечері жінка зрозуміла, що лікар не надав пояснень, як саме потрібно готуватись до маніпуляції та пішла запитати про це медичну сестру. Які мають бути дії медичної сестри?

- а) Роз'яснити хворій етапи проведення процедури та зауважити, що аналіз здається натщесерце, тобто пацієнтка не має пити, їсти та чистити зуби;
- б) Порадити дочекатись ранку та самостійно запитати у лікуючого лікаря;
- в) Пояснити, що такий аналіз краще за все здавати після сніданку;
- г) З'ясувати, які ліки приймає пацієнтка та порадити здати аналіз після прийому ліків;
- д) Зауважити, що краще за все цей аналіз здавати після чистки зубів, коли можна гарно почистити сторонню мікрофлору.

Задача № 9.

Під час вечірнього обходу медична сестра хірургічного відділення побачила, що у хворого після правосторонньої геміколонектомії рясно промочила кров'ю пов'язка в ділянці післяопераційної рани. Які мають бути дії медичної сестри?

- а) Зробити перев'язку, змінити асептичну пов'язку;
- б) Принести пузир з льодом на покласти холод;

- в) Викликати чергового лікаря з відділення інтенсивної терапії;
- г) Почати переливання еритроцитарної маси;
- д) Поставити до відома чергового лікаря.

Задача № 10.

У відділенні гастроентерології пацієнтка А. 70 р. читала свій виписний епікриз. В рекомендаціях був зазначений пункт: «Дотримання дієти №5». Вона пішла спитати свого лікуючого лікаря про це, але його терміново викликали на консультацію в інше відділення. Хвора вирішили запитати про дієтичний режим медичну сестру. Які мають бути дії медичної сестри?

- а) Порадити дочекатись лікуючого лікаря;
- б) Порадити звернутись до іншого вільного лікаря у відділенні;
- в) Порадити звернутись до дієтолога;
- г) Пояснити особливості харчування та надати рекомендації, які продукти можна вживати, а які - слід обмежувати;
- д) Порадити пошукати інформацію в Інтернеті.

Тестові завдання.

1. Комплекс лікувальних та профілактичних заходів, які усувають або обмежують несприятливий вплив подразників, що можуть зустрітись в умовах лікарні, оберігають психіку хворого, позитивно впливають на весь організм і сприяють швидкому одужанню – це

- а) лікувально-охоронний режим;
- б) палатний режим;
- в) постільний режим;
- г) напівпостільний режим;
- д) профілактичний режим.

2. Перший етап «сестринського процесу» включає:

- а) визначення існуючих і потенційних проблем пацієнта;
- б) прогнозування результатів догляду;
- в) профілактику виникнення ускладнень;
- г) оцінювання стану і опитування хворого;
- д) призначення лікування.

3. Правильний порядок виконання санітарно-гігієнічної обробки хворого:

- а) прийняття хворим гігієнічної ванни, переодягання хворого, дезінфекція;
- б) прийняття хворим гігієнічної ванни, дезінфекція, переодягання хворого;
- в) дезінфекція, прийняття хворим гігієнічної ванни, переодягання хворого;
- г) перевдягання хворого, прийняття хворим гігієнічної ванни, дезінфекція;
- д) прийняття хворим гігієнічної ванни, відвідування перукарні.

4. Як часто проводять поточне прибирання процедурного кабінету?

- а) щотижня;
- б) 2 рази на день;
- в) 1 раз в день;
- г) після кожної маніпуляції;
- д) через кожні 8 годин.

5. В якому відділенні використовують індивідуальні бокси у:

- а) інфекційному;
- б) пульмонологічному;
- в) кардіологічному;
- г) гастроентерологічному;
- д) хірургічному.

6. Мета четвертого етапу сестринського процесу:

- а) виконання медичною сестрою дій згідно з наміченим планом та їхнє документування;
- б) збір інформації про пацієнта;
- в) виявлення наявних і потенційних проблем пацієнта і причин, які спричиняють розвиток цих проблем;
- г) планування обсягу сестринських втручань.
- д) визначення існуючих і потенційних проблем пацієнта;

7. Заключний (п'ятий) етап сестринського процесу включає:

- а) вибір пріоритетів;
- б) визначення ефективності проведеної сестринської допомоги;
- в) встановлення проблем пацієнта;
- г) виявлення потреб організму, що були порушені.
- д) призначення обстеження та подальший план лікування

8. Етапи сестринського процесу включають все, крім:

- а) оцінка стану пацієнта;
- б) інтерпретація отриманих даних;
- в) планування сестринських втручань;
- г) реалізація складеного плану;
- д) рентгенологічне обстеження.

9. Ятрогенне захворювання - це:

- а) захворювання, що розвинулось в наслідок необережного висловлювання медпрацівника про хворого чи про його хворобу або в результаті неправильного лікування;

- б) захворювання, що розвинулось в результаті неправильного лікування;
- в) захворювання, що передається від хворого до хворого;
- г) ускладнення основного захворювання;
- д) спадкове захворювання.

10. Яка головна умова має бути дотримана при плануванні і організації роботи хірургічного відділення?

- а) розділити на гнійну і чисту його половини;
- б) створити єдиний сестринський пост;
- в) розмістити гнійну перев'язну поблизу операційної;
- г) створити єдину післяопераційну палату;
- д) передбачити створення палати інтенсивної терапії.

Додаток X

Методика оцінки психологічної атмосфери в колективі

(по А.Ф. Фідлеру) [233]

Методика використовується для оцінки психологічної атмосфери в колективі. В основі лежить метод семантичного диференціала. Методика цікава тим, що допускає анонімне обстеження, а це підвищує її надійність. Надійність збільшується в поєднанні з іншими методиками (наприклад, соціометрією).

Інструкція до тесту.

У запропонованій таблиці наведені протилежні за змістом пари слів, за допомогою яких можна описати атмосферу у вашій групі, колективі. Чим ближче до правого або лівого слову в кожній парі ви поставите знак* , тим більше виражена ця ознака в вашому колективі.

Таблиця 1

Тестовий матеріал

	1	2	3	4	5	6	7	8	
Дружелюбність									Ворожість
Згода									Незгода
Задоволеність									Незадоволеність
Продуктивність									Непродуктивність
Теплота									Холодність
Співробітництво									Неузгодженість
Взаємна підтримка									Недоброзичливість
Захопленість									Байдужість
Цікавість									Нудьга
Успішність									Безуспішність

Обробка та аналіз результатів тесту

Відповідь по кожному з 10 пунктів оцінюється зліва направо від 1 до 8 балів. Чим лівіше розташований знак *, тим нижче бал, тим сприятливіші психологічна атмосфера в колективі, на думку відповідального. Підсумковий показник коливається від 10 (найбільш позитивна оцінка) до 80 (найбільш негативна).

На підставі індивідуальних профілів створюється середній профіль, який і характеризує психологічну атмосферу в колективі.

Оцінка мікроклімату студентської групи

Інструкція

Просимо вас заповнити дану карту. У ній пропонуються показники, що характеризують мікроклімат студентської групи. Карта складена за принципом полярних думок. Зліва - думки, що розкривають психологічний клімат з позитивного боку, справа - з негативного боку. Між полярними думками розташовані цифри 3-2-1-0-1-2-3. Ваше завдання: по-перше, вибрати одну з полярних думок (зліва або справа), що відображає типову картину взаємин у вашій студентській групі і звичайного настрою в ній; по-друге, відзначити кружечком одну з цифр, яка відповідає ступеню вираженості кожного показника.

Високий ступінь вираженості - 3.

Середній ступінь вираженості - 2.

Слабкий ступінь вираженості - 1.

Якщо вам важко визначити, яка з двох полярних думок відображає типовий мікроклімат вашої студентської групи, то відзначте відповідь цифрою 0.

Наприклад, звертаючись до першої строчки, ви знаєте, що у вашій групі зазвичай бадьорий і життєрадісний настрій. Але вираженість цього показника, по-вашому, середня. Вам потрібно відзначити кружком цифру 2 в лівій від нуля частині.

Таблиця 2

Оцінка мікроклімату студентської групи

Позитивні особливості	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	Негативні особливості
У групі зазвичай бадьорий і життєрадісний настрій.								У групі зазвичай настрій пригнічений, похмурий.
Група активна, працездатна								Група пасивна, інертна.
Обстановка в групі спокійна, ділова								Обстановка в групі знервована, напружена
У групі студенти відчують себе затишно.								У групі студенти відчують себе незатишно
Студенти знають і відчують, що група у разі потреби захистить і підтримає їх.								У студентів немає упевненості в підтримці групи в скрутну хвилину
Студенти відносяться один до одного з симпатією								Взаємини в групі відрізняються антипатією.
Колектив справедливо відноситься до всіх своїх членів, віддає кожному по заслугах								Колектив ділиться на тих, яким віддається перевага і ким нехтують. Існує необ'єктивність в оцінці окремих членів групи.

								<i>Продовж. табл.2 Додатка X</i>
Відносини окремих мікрогруп усередині колективу характеризується взаєморозумінням, тактовністю, співпрацею в загальних для колективу справах.								Угрупування усередині колективу конфліктують між собою, їх члени замикаються в своїх інтересах, не хочуть розуміти інших.
Конфлікти в групі виникають рідко, з серйозних причин, вирішуються справедливо і доброзичливо.								Конфлікти виникають часто, вирішуються через силу, хворобливо.
У критичні періоди група об'єднується. Керується принципом "Один за всіх і всі за одного"								У важкі періоди в колективі виникає неухважність, сварки, взаємні докори.
Новачки відчують до себе доброзичливе і дбайливе відношення групи								Група проявляє байдужість або недоброзичливість до новачків.
Студентам подобається бути разом в інституті і поза ним.								Студенти не прагнуть бути разом, кожен живе своїми інтересами.
Студенти люблять свою групу, радіють її успіхам, засмучуються невдачам.								Студенти свою групу не цінують. Байдужі до її досягнень, легко погоджуються на перехід в іншу групу.
Студенти серйозно відносяться до навчання, прагнуть опанувати таємницями професії.								Навчання не вважається першорядною справою, прагнення до учбових успіхів не заохочується.
У групі панує вимогливість і нетерпимість до ледарів і прогульників.								До ледарів і прогульників відноситься поблажливо.
Студенти беруть активну участь в суспільному житті групи.								Студенти пасивні в суспільному житті групи.
У групі серйозно відносяться до розподілу суспільних доручень, враховуються побажання і схильності кожного.								Доручення розподіляються за принципом «Лише б не мені».
Студенти з бажанням включаються в трудові справи групи.								Групу нелегко підняти на загальну трудову справу.

								<i>Продовж. табл.2 Додатка X</i>
Актив групи має авторитет і довіру.								У активі групи знаходяться люди, що не користуються підтримкою і пошаною колективу.
Відносини між групою і куратором характеризуються доброзичливістю, розумінням, співпрацею.								Відносини групи з куратором характеризуються антипатією, конфліктністю.

Обробка та інтерпретація даних:

1. Для визначення психологічного мікроклімату (ПМ) необхідно скласти всі позитивні бали, потім негативні і з більшої суми відняти меншу.

2. Оцінити рівень ПМ по балах:

50-60 балів - високий ступінь сприятливості ПМ;

40-49 балів - середньо-високий ступінь сприятливості ПМ;

21-39 балів - середній ступінь сприятливості ПМ;

11-20 балів - середньо-низький ступінь сприятливості ПМ;

0-10 балів - незначна сприятливість ПМ.

Несприятливість ПМ характеризують бали з негативним знаком, подібно до позитивно - рівневої кваліфікації.

3. Складається профіль ПМ, що показує вираженість по кожній з досліджуваних складових.

Додаток Ц

Виконання практичних навичок на основі алгоритмів [240]

1. Проведіть стерилізацію інструментарію у сухожаровій шафі.

Алгоритм

«СТЕРИЛІЗАЦІЯ ІНСТРУМЕНТАРІЮ ПОВІТРЯНИМ МЕТОДОМ»

(у сухожарових шафах)

Оснащення: *Повітряний стерилізатор, відкриті металеві посудини, інструментарій, індикатор стерильності.*

1. Складіть металевий інструментарій на відкриті металеві посудини.
2. Помістіть укладений інструментарій у прогріту стерилізаційну камеру сухожарової шафи, покладіть індикатор. Зачиніть дверцята.
3. Увімкніть електронагрівальний блок і поставте на відповідний режим роботи.
4. Доведіть температуру у шафі до 180 °С і стерилізуйте протягом 60 хв.
5. Вимкніть апарат.
6. Почекайте зниження температури до 80—90 °С.
7. Відчиніть дверцята стерилізатора.
8. Оцініть результат якості стерилізації за допомогою індикатора.
9. Дотримуючись правил асептики, простерилізований інструментарій перекладіть на стерильний операційний чи перев'язувальний стіл.

Примітка. Для стерилізації виробів із скла використовують режим стерилізації 160 °С протягом 150 хв. Простерилізовані вироби вважаються стерильними протягом доби в тому разі, коли з моменту стерилізації дверцята шафи не відчинялись. Після увімкнення апарата в мережу не дозволяється додавати інструменти чи предмети для стерилізації, оскільки це призводить до зниження температури та втрати стерилізаційного ефекту.

2. Одягніть стерильний халат і стерильні гумові рукавички.

Алгоритм

«ОДЯГАННЯ СТЕРИЛЬНОГО ХАЛАТА ОПЕРАЦІЙНОЮ СЕСТРОЮ»

Оснащення: *бікс зі стерильною операційною білизною, бікс із стерильним перев'язувальним матеріалом, 70% розчин етилового спирту, 6% розчин пероксиду водню, стерильний корнцанг, стерильна маска.*

Після одягання стерильної маски й знезараження рук операційна сестра за допомогою санітарки повинна одягнути стерильний халат.

1. Запропонуйте санітарці показати позначку на біксі з датою стерилізації і відкрити бікс із стерильною операційною білизною або зробіть це самі (за допомогою педалі).

2. Перевірте за допомогою індикатора, який лежить зверху, стерильність білизни.
3. Обережно вийміть руками халат, згорнутий у рулон.
4. Розгорніть халат спідньою (виворотною) стороною, тримаючи його на витягнутих руках і не торкаючись ним підлоги і себе.
5. Одягніть його, руки при цьому підніміть угору, і не торкаючись халатом обличчя просуньте їх у рукав, щоб халат зісковзнув на тулуб.
6. Закріпіть зав'язки рукавів таким чином:
 - захопіть нижню зав'язку пальцем лівої руки, верхню – пальцем правої руки, обвівши навколо лівого зап'ястка, заправте під манжети рукавів;
 - так само закріпіть зав'язку на правій руці.
7. Манжетки рукавів із поворозками заправте самостійно.
8. Санітарка стає ззаду, захоплює і зав'язує поворозки халата.
9. За наявності пояса тримайте його так, щоб кінці звисали. Стоячи ззаду і не торкаючись операційної сестри, санітарка захоплює обидва кінці пояса і зав'язує їх ззаду.
10. Пояс халата розгорніть на рівні талії перед собою, не торкаючись поясом халата. Кисті рук тримайте на відстані 25–30 см від халата і від кінців пояса.
11. Санітарка, стоячи за вашою спиною, повинна взяти кінці пояса і зав'язати їх ззаду, а також зав'язати стрічки коміра.

Алгоритм

«ОДЯГАННЯ СТЕРИЛЬНИХ ГУМОВИХ РУКАВИЧОК ОПЕРАЦІЙНОЮ СЕСТРОЮ»

Оснащення: бікс із стерильною операційною білизною, бікс із стерильним перев'язувальним матеріалом, 70% розчин етилового спирту, 6% розчин пероксиду водню, стерильний корнцанг, стерильна маска.

1. Підберіть рукавички за розміром так, щоб вони не стискали кистей і добре облягали пальці.
2. Перед тим як одягнути рукавички, руки повторно обробіть 70% розчином етилового спирту.
3. II, III, IV пальцями правої руки захопіть загорнутий край лівої рукавички й одягніть її на ліву руку.
4. У такий самий спосіб одягніть рукавичку і на праву руку.
5. Поки на обидві руки не будуть одягнені рукавички, не поправляйте напальчники. Під час поправлення рукавичок не вводьте пальці однієї руки під край рукавичок другої руки.
6. Манжетка рукавички має покривати манжетку халата, а не заходити під останню.
7. Під час одягання рукавичок стежте, щоб їхня зовнішня поверхня не торкалася шкіри.
8. Після одягання рукавички обробіть 70% розчином етилового спирту.

3. Підготуйте психологічно пацієнта до проведення маніпуляцій.

Алгоритм

«ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТА ДО МАНІПУЛЯЦІЇ»

1. Доброзичливо привітайтеся з пацієнтом.
2. Відрекомендуйтеся пацієнтові. Запитайте, як до нього звертатись.
3. Поясніть пацієнтові назву, суть, хід маніпуляції і необхідність її виконання. Повідомте, які відчуття у нього може викликати виконання відповідної процедури і як потрібно пацієнтові в цей час поводитись.
4. Отримайте згоду пацієнта на виконання маніпуляції.
5. Розпочинайте виконання маніпуляції.

4. Здійсніть часткове оброблення шкіри тяжкохворому, який перебуває в непритомному стані.

Алгоритм

«ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ ВАЖКОХВОРИХ»

Оснащення: Гумові рукавички, церата, пелюшка, полотняна серветка, тепла вода з оцтом або тепла вода з милом, рушник.

1. Підготуйте пацієнта психологічно.
2. Поясніть хворому суть процедури і отримайте його згоду.
3. Одягніть гумові рукавички.
4. Звільніть пацієнта від одягу.
5. У разі потреби підстеліть під хворого клейонку.
6. Полотняну серветку змочіть теплою водою з оцтом, відіжміть і протріть шкіру в такій послідовності: обличчя, за вухами, шию, передню частину грудної клітки, живіт, руки, спину, сідниці, стегна, гомілки, ступні. Серветку періодично прополісуйте в чистій воді.
7. Особливу увагу зверніть на складки шкіри, місця посиленого потовиділення, статеві органи, ділянку шкіри навколо відхідника.
8. Обмивання шкіри здійснюйте послідовно й одразу ж ретельно протирайте її чистим сухим рушником, щоб хворий не застудився. За необхідності можете використати мило, 40% розчин етилового спирту, одеколон.
9. За наявності попіріостей протріть їх обережно м'яким тампоном, зволоженим блідо-рожевим розчином калію перманганату, висушіть шкіру, промокаючи її серветкою, і припудріть дитячою присипкою або тальком. Час від часу ці ділянки можна змащувати 1% розчином діамантового зеленого, а потім припудрювати. Часткове оброблення шкіри тяжкохворим здійснюйте щоденно вранці та ввечері.
10. Проздезінфікуйте використане оснащення.

11. Вимийте і висушіть руки.

12. Здійсніть позначку у відповідній медичній документації.

5. Визначте артеріальний тиск слуховим методом до та після фізичного навантаження. Дані запишіть у температурний листок

Алгоритм

**«ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ЗА ДОПОМОГОЮ
СФІГМАНОМЕТРА СЛУХОВИМ МЕТОДОМ КОРОТКОВА»**

Оснащення: Сфігмоманометр мембранний, стетофонендоскоп, температурний листок.

1. Підготуйте пацієнта психологічно, вимийте і висушіть руки.

2. Запропонуйте пацієнтові лягти в ліжко або сісти біля стола з оголеною рукою.

3. Розмістіть його руку на рівні серця в розслабленому положенні, а для кращого розгинання руки під лікоть покладіть валик або попросіть пацієнта підкласти стиснену в кулак кисть вільної руки.

4. Накладіть манжетку на нижню третину плеча (на 3–5 см вище ліктьового згину) так, щоб між нею та шкірою плеча проходив тільки один палець. Одяг не повинен стискати руку вище від манжетки.

5. З'єднайте манометр із манжеткою. Перевірте положення стрілки манометра відносно нульової поділки пікали і установіть його на одному рівні з плечем.

6. Пальпаторно визначте в ліктьовому згині місце пульсації артерії і без особливого натиску прикладіть фонендоскоп.

7. Візьміть у долоню балончик тонометра, закрийте його вентиль за годинниковою стрілкою і нагнітайте повітря в манжетку.

8. Зафіксуйте момент, коли зникає звук пульсових ударів, після чого продовжуйте нагнітати повітря ще 20–30 мм рт. ст.

9. Привідкрийте вентиль на балоні проти ходу годинникової стрілки і поступово знижуйте тиск у манжетці. Одночасно за допомогою фонендоскопа вислуховуйте тони на плечовій артерії та стежте за показником шкали манометра.

10. Зафіксуйте на шкалі манометра позначку, на якій з'являється перший пульсовий удар, що характеризує величину максимального (сistolічного) артеріального тиску.

11. Деякий час ці тони будуть прослуховуватися, потім зникнуть. Момент зникнення тонів на ліктьовій артерії зафіксуйте на шкалі манометра. Цей показник відповідає мінімальному (діастолічному тиску).

12. Після визначення артеріального тиску відкрийте повністю вентиль балона, випустіть повітря з манжетки, роз'єднайте апарат із манжеткою, зніміть манжетку з руки.

13. Запишіть результат вимірювання артеріального тиску цифровим методом (наприклад 125/80 мм рт. ст.) або графічним на температурному

листка у вигляді стовпчика. Максимальний тиск зображають червоним олівцем, а мінімальний – синім. Одна поділка пікали АТ дорівнює 5 мм рт. ст.

14. У разі потреби визначаєте артеріальний тиск тричі з інтервалом 3–5

хв. У даному разі зареєструйте найнижчий показник.

15. Протеріть манжетку апарата і фонендоскоп.

Запам'ятайте! Не можна накладати манжетку поверх одягу, а також здавлювати плече щільно закатаним рукавом, оскільки може бути порушена точність вимірювання

артеріального тиску. Треба бути особливо уважним під час вимірювання артеріального тиску пацієнтам, в яких спостерігається брадикардія або аритмія. Дотримуйтесь основного правила вимірювання артеріального тиску: манжетка і тонометр повинні бути на рівні серця. У разі ожиріння пацієнта, коли для плеча не вистачає манжетки, можна накласти її на передпліччя і визначити артеріальний тиск, вислуховуючи тони на променевій артерії.

6. Виконайте пробу Манту дитині на муляжі.

Алгоритм

«ПРОВЕДЕННЯ В/Ш ПРОБИ МАНТУ ДИТИНИ»

1. Перевірте прізвище дитини, дозвіл на проведення проби Манту.
2. Вимийте руки, просушіть індивідуальним рушником, одягніть захисні окуляри, медичну маску.
3. Обробіть руки антисептиком для рук (стериліум, АХД), одягніть стерильні гумові рукавички.
4. У туберкуліновий шприц наберіть 0,2 мл туберкуліну.
5. Витисніть туберкулін із шприца до 0,1 мл у ватну кульку.
6. Шкіру середньої третини передпліччя двічі обробіть 70% розчином спирту.
7. Просушіть стерильною ватною кулькою.
8. Натягніть шкіру передпліччя, введіть голку в/ш, зрізом угору, і введіть 0,1 мл туберкуліну (2 ТО).
9. Відкриту ампулу накрийте стерильною серветкою, покладіть у склянку, яку накрийте темним ковпачком.
10. Використані шприц, ватні кульки, гумові рукавички обробіть дезінфікуючим розчином.

Поради батькам: Протягом 3 діб місце ін'єкції не мочіть, не травмуйте, не обробляйте барвниками. Призначте день, коли потрібно прийти для оцінки проби.

Дані про проведення проби Манту запишіть у «Карту профілактичних щеплень», «Історію розвитку дитини» та «Журнал реєстрації проби Манту», карту імунізації.

Для вимірювання діаметра папули використовуйте прозору пластмасову лінійку, яку

накладайте перпендикулярно до осі руки. Реакція негативна, якщо розмір папули становить 0-1 мм, сумнівна – 2-4 мм, позитивна – 5 мм та більше, гіперергічна – понад 17 мм.

Результати проби Манту запишіть у «Карту профілактичних щеплень» (ф. № 063/о), «Історію розвитку дитини» (ф. № 112/о) та «Журнал реєстрації проби Манту», карту імунізації.

7. Виконайте внутрішньовенну ін'єкцію на фантомі.

Алгоритм «ВНУТРІШНЬОВЕННА ІН'ЄКЦІЯ»

Зміст і матеріальне оснащення. Підготуйте стерильні шприци, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, ампули з ліками, стерильні ватні кульки, 70% розчин етилового спирту, джгут, тверду подушечку обгорнуту клейонкою, рушник, мило, гумові рукавички, маску, окуляри, фартух, лоток для сміття, посуд із дезрозчином, аптечка анти СНІД, протишокова.

1. Психологічно підготуйте пацієнта до маніпуляції.
2. Зробіть гігієнічну обробку рук.
3. Наберіть у шприц ліки і випустіть повітря з нього.
4. Запропонуйте пацієнту зайняти зручне положення, краще лежачи. Попросіть пацієнта оголити місце ін'єкції.
5. Під лікоть пацієнта підкладіть тверду подушечку.
6. Одягніть гумові рукавички, маску, окуляри, фартух.
7. Накладіть на плече пацієнта вище ліктьового згину гумовий джгут (на сорочку, рушник) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору, і переконайтесь в наявності пульсу на променевій артерії.
8. Попросіть пацієнта кілька разів стиснути і розтиснути кулак.
9. Попросіть пацієнта затиснути кулак і пропальпуйте вени ліктьового згину.
10. Обробіть рукавички спиртом.
11. Протріть внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками, змоченими у спирті.
12. Візьміть шприц у праву руку так, щоб 2 палець фіксував муфту голки, 5 – поршень, а інші обхоплювали циліндр шприца.
13. Зафіксуйте вену, злегка відтягнувши шкіру над нею 1 або 2 пальцем лівої руки.
14. Тримайте шприц паралельно до шкіри зрізом голки та шкалою догори.
15. Проколiть шкіру над веною і обережно введiть голку у вену, провiвши її по судині.
16. Відчувши «провал», легенько відтягніть поршень на себе до появи крові в шприці.
17. Зніміть лівою рукою джгут.

Продовж. Додатка Ц

18. Натисніть на рукоятку поршня лівою рукою, не змінюючи положення шприца.
19. Введіть повільно ліки, залишивши в шприці 0,5–1 мл рідини.
20. Прикладіть до місця ін'єкції ватну кульку, змочену в спирті.
21. Витягніть голку різким рухом.
22. Попросіть пацієнта зігнути руку в ліктьовому згині на 3–5 хв, залишивши ватку зі спиртом на місці ін'єкції.
23. Продезінфікуйте використане оснащення.
24. Зробіть відмітку про виконану маніпуляцію.

8. Виконайте внутрішньом'язеву ін'єкцію на фантомі.

Алгоритм «ВНУТРІШНЬОМ'ЯЗЕВА ІН'ЄКЦІЯ»

Зміст і матеріальне оснащення. Візьміть стерильні шприци та голки для внутрішньом'язових ін'єкцій, стерильні ватні кульки, ампули чи флакони, рушник, мило, 70% розчин етилового спирту, гумові рукавички, маску, окуляри, лоток для сміття, посуд із дезрозчином, протишокові засоби.

1. Психологічно підготуйте пацієнта до маніпуляції.
2. Зробіть гігієнічну обробку рук.
3. Наберіть у шприц ліки і випустіть повітря з нього.
4. Запропонуйте пацієнту зайняти зручне положення, краще лежачи на животі або на боці. Попросіть оголити ділянку ін'єкції.
5. Одягніть окуляри, маску, гумові рукавички і обробіть їх спиртом.
6. Протріть почергово двома ватними кульками, змоченими в 70% спирті, шкіру в місці ін'єкції.
7. У правій руці тримайте шприц з голкою (2 пальцем фіксуйте поршень, 5 – муфту голки, а іншими підтримуйте циліндр шприца).
8. Між 1 та 2 пальцями лівої руки розтягніть шкіру на «місці» ін'єкції.
9. Перпендикулярно до поверхні шкіри різким рухом введіть голку на 2/3 її довжини.
10. Відтягніть поршень до себе і переконайтесь, що голка не потрапила в просвіт судини.
11. Повільно введіть ліки, натискуючи на поршень лівою рукою.
12. Притисніть до шкіри кульку з спиртом, швидким рухом витягніть голку.
13. Продезінфікуйте використане оснащення.
14. Зробіть відмітку про виконану маніпуляцію.

9. Виконайте внутрішньовенну ін'єкцію на фантомі.

Алгоритм «ВНУТРІШНЬОВЕННА ІН'ЄКЦІЯ»

Зміст і матеріальне оснащення. Підготуйте стерильні шприци, голки для внутрішньовенних ін'єкцій, ампули з ліками, стерильні ватні кульки, 70% розчин етилового спирту, джгут, тверду подушечку обгорнуту клейонкою, рушник, мило, гумові рукавички, маску, окуляри, фартух, лоток для сміття, посуд із дезрозчином, аптечка анти СНІД, протишокова.

1. Психологічно підготуйте пацієнта до маніпуляції.
2. Зробіть гігієнічну обробку рук.
3. Наберіть у шприц ліки і випустіть повітря з нього.
4. Запропонуйте пацієнту зайняти зручне положення, краще лежачи. Попросіть пацієнта оголити місце ін'єкції.
5. Під лікоть пацієнта підкладіть тверду подушечку.
6. Одягніть гумові рукавички, маску, окуляри, фартух.
7. Накладіть на плече пацієнта вище ліктьового згину гумовий джгут (на сорочку, рушник) так, щоб вільні кінці були спрямовані вгору, і переконайтесь в наявності пульсу на променевій артерії.
8. Попросіть пацієнта кілька разів стиснути і розтиснути кулак.
9. Попросіть пацієнта затиснути кулак і пропальпуйте вени ліктьового згину.
10. Обробіть рукавички спиртом.
11. Протріть внутрішню поверхню ліктьового згину двома ватними кульками, змоченими у спирті.
12. Візьміть шприц у праву руку так, щоб 2 палець фіксував муфту голки, 5 - поршень, а інші обхоплювали циліндр шприца.
13. Зафіксуйте вену, злегка відтягнувши шкіру над нею 1 або 2 пальцем лівої руки.
14. Тримайте шприц паралельно до шкіри зрізом голки та шкалою догори.
15. Проколiть шкіру над веною і обережно введіть голку у вену, провівши її по судині.
16. Відчувши «провал», легенько відтягніть поршень на себе до появи крові в шприці.
17. Зніміть лівою рукою джгут.
18. Натисніть на рукоятку поршня лівою рукою, не змінюючи положення шприца.
19. Введіть повільно ліки, залишивши в шприці 0,5–1 мл рідини.
20. Прикладіть до місця ін'єкції ватну кульку, змочену в спирті.
21. Витягніть голку різким рухом.

22. Попросіть пацієнта зігнути руку в ліктьовому згині на 3–5 хв, залишивши ватку зі спиртом на місці ін'єкції.
23. Продезінфікуйте використане оснащення.
24. Зробіть відмітку про виконану маніпуляцію

10. Виконайте процедуру накладання гарячого парафіну на колінний суглоб хворому із загостренням хронічного артрити.

Алгоритм

«НАКЛАДАННЯ ГАРЯЧОГО ПАРАФІНУ»

Оснащення: Твердий білий парафін (0,5–1 кг), чиста суха металева каструля, водяна баня, прокладки із 12–16 шарів марлі, прошитої по краях (2 шт.), затискач (2 шт.), церата, тепла вода, туалетне мило, рушник.

Під час виконання процедури користуйтеся інструкцією з техніки безпеки!

1. Психологічно підготуйте пацієнта.
2. Вимийте і висушіть руки. Ділянку шкіри пацієнта у разі потреби обмийте теплою водою з милом і висушіть рушником.
3. Нагрійте на водяній бані парафін до температури 60–70 °С.
4. Під ділянку тіла підстеліть клейонку.
5. За допомогою затискачів вийміть почергово прокладки, просякнуті розплавленим парафіном, рівномірно їх відіжміть і розправте на шкірі.
6. Спочатку накладіть більшу за розміром прокладку, зверху – меншу.
7. Прокладки накрийте клейонкою і шерстяною ковдрою.
8. Тривалість першої процедури 30 хв, наступних – до 1–2 год, на курс лікування – 5–20 процедур.
9. Після закінчення процедури застиглий парафін зберіть зі шкіри разом із прокладкою.
10. Шкіру висушіть м'яким рушником і тепло вкрийте.
11. Занесіть дані у відповідну медичну документацію.

11. Хворому приготуйте та відпустіть скипідарну ванну, температура якої 37°С, тривалість 10 хв. Продезінфікуйте ванну після використання

Алгоритм

«ПІДГОТОВКА ТА ВІДПУСК СКИПІДАРНИХ ВАНН»

1. Саліцилову кислоту (0,75 г) і дитяче мило (10 г) залийте перевареною

гарячою водою (550 мл), ретельно перемішайте до отримання емульсії, охолодіть її до 40-50 °С і додайте 500 г скипидару.

2. На першу ванну візьміть 20 мл приготовленої емульсії, а потім від процедури до процедури поступово збільшуйте її кількість і доведіть до 60–70 мл.

3. Температура ванни 36–37 °С, тривалість 10-15 хв.

4. Курс лікування 10–15 ванн, через день.

Додаток III.1

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
констатувального діагностування рівня сформованості мотиваційно-
ціннісного компоненту світоглядної культури учасників КГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
50,00	2	1,30
51,00	2	1,30
52,00	1	0,65
53,00	1	0,65
54,00	1	0,65
55,00	2	1,30
56,00	1	0,65
57,00	3	1,95
58,00	1	0,65
59,00	2	1,30
60,00	4	2,60
61,00	10	6,49
62,00	4	2,60
63,00	2	1,30
64,00	11	7,14
65,00	13	8,44
66,00	10	6,49
67,00	9	5,84
68,00	7	4,55
69,00	4	2,60
70,00	5	3,25
71,00	7	4,55
72,00	8	5,19
73,00	7	4,55
74,00	4	2,60
75,00	3	1,95
76,00	2	1,30
77,00	7	4,55
78,00	4	2,60
79,00	3	1,95
80,00	2	1,30
81,00	4	2,60
83,00	4	2,60
90,00	2	1,30
91,00	1	0,65

Кількість	153
Середнє	68,26
Мінімум	50,00
Максимум	91,00
Асиммп.знач. K-S	0,298

Додаток III.2

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
констатувального діагностування рівня сформованості мотиваційно-
ціннісного компоненту світоглядної культури учасників ЕГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
50,00	2	1,27
51,00	2	1,27
52,00	1	,64
53,00	2	1,27
54,00	4	2,55
57,00	1	,64
58,00	5	3,18
59,00	3	1,91
60,00	5	3,18
61,00	6	3,82
62,00	6	3,82
63,00	6	3,82
64,00	8	5,10
65,00	6	3,82
66,00	12	7,64
67,00	6	3,82
68,00	6	3,82
69,00	13	8,28
70,00	14	8,92
71,00	2	1,27
72,00	7	4,46
73,00	3	1,91
74,00	4	2,55
75,00	5	3,18
76,00	6	3,82
77,00	6	3,82
78,00	4	2,55
79,00	2	1,27
80,00	2	1,27
81,00	1	,64
82,00	2	1,27
84,00	1	,64
90,00	3	1,91

Кількість	156
Середнє	67,82
Мінімум	50,00
Максимум	90,00
Асимп.знач. K-S	0,228

Додаток Ш.3

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних констатувального діагностування рівня сформованості професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури учасників КГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
57,00	1	0,65
59,00	1	0,65
60,00	2	1,30
61,00	1	0,65
62,00	8	5,19
63,00	3	1,95
64,00	8	5,19
65,00	12	7,79
66,00	9	5,84
67,00	8	5,19
68,00	10	6,49
69,00	8	5,19
70,00	10	6,49
71,00	7	4,55
72,00	10	6,49
73,00	6	3,90
74,00	14	9,09
75,00	8	5,19
76,00	9	5,84
77,00	3	1,95
78,00	3	1,95
79,00	3	1,95
80,00	4	2,60
81,00	2	1,30
90,00	2	1,30
92,00	1	0,65

Кількість	153
Середнє	70,37
Мінімум	50,00
Максимум	90,00
Асимп.знач. К-S	0,513

Додаток Ш.4

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних констатувального діагностування рівня сформованості професійно-когнітивного компоненту світоглядної культури учасників ЕГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
56,00	2	1,27
57,00	1	0,64
58,00	1	0,64
59,00	2	1,27
60,00	3	1,91
61,00	2	1,27
62,00	10	6,37
63,00	4	2,55
64,00	4	2,55
65,00	7	4,46
66,00	5	3,18
67,00	14	8,92
68,00	7	4,46
69,00	12	7,64
70,00	12	7,64
71,00	12	7,64
72,00	10	6,37
73,00	10	6,37
74,00	7	4,46
75,00	9	5,73
76,00	4	2,55
77,00	4	2,55
78,00	1	0,64
79,00	2	1,27
80,00	5	3,18
81,00	2	1,27
85,00	1	0,64
90,00	1	0,64
91,00	2	1,27

Кількість	156
Середнє	69,9
Мінімум	56,00
Максимум	91,00
Асимп.знач. K-S	0,485

Додаток III.5

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних констатувального діагностування рівня сформованості особистісно-розвивального компоненту світоглядної культури учасників КГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
54,00	1	0,32
55,00	2	0,65
56,00	1	0,32
57,00	3	0,97
58,00	1	0,32
59,00	2	0,65
60,00	1	0,32
61,00	4	1,29
62,00	4	1,29
63,00	6	1,94
64,00	5	1,62
65,00	5	1,62
66,00	8	2,59
67,00	7	2,27
68,00	11	3,56
69,00	13	4,21
70,00	10	3,24
71,00	11	3,56
72,00	9	2,91
73,00	7	2,27
74,00	6	1,94
75,00	6	1,94
76,00	6	1,94
77,00	6	1,94
78,00	7	2,27
79,00	4	1,29
80,00	1	0,32
81,00	1	0,32
82,00	1	0,32
83,00	2	0,65
90,00	2	0,65

Кількість	153
Середнє	69,85
Мінімум	54,00
Максимум	90,00
Асимп.знач. K-S	0,609

Додаток Ш.6

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
констатувального діагностування рівня сформованості особистісно-
розвального компоненту світоглядної культури учасників ЕГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
55,00	1	0,32
57,00	1	0,32
58,00	2	0,65
59,00	3	0,97
60,00	1	0,32
61,00	3	0,97
62,00	5	1,61
63,00	3	0,97
64,00	9	2,90
65,00	1	0,32
66,00	3	0,97
67,00	6	1,94
68,00	12	3,87
69,00	11	3,55
70,00	11	3,55
71,00	14	4,52
72,00	7	2,26
73,00	10	3,23
74,00	15	4,84
75,00	11	3,55
76,00	7	2,26
77,00	2	0,65
78,00	4	1,29
79,00	2	0,65
80,00	6	1,94
82,00	3	0,97
90,00	1	0,32
91,00	2	0,65

Кількість	156
Середнє	70,83
Мінімум	55,00
Максимум	91,00
Асимп.знач. K-S	0,261

Додаток Ш.7

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних констатувального діагностування рівня сформованості практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників КГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
53,00	1	0,65
55,00	3	1,95
56,00	1	0,65
57,00	2	1,30
59,00	3	1,95
60,00	3	1,95
61,00	3	1,95
62,00	3	1,95
63,00	9	5,84
64,00	6	3,90
65,00	4	2,60
66,00	7	4,55
67,00	10	6,49
68,00	3	1,95
69,00	7	4,55
70,00	11	7,14
71,00	13	8,44
72,00	10	6,49
73,00	4	2,60
74,00	3	1,95
75,00	12	7,79
76,00	7	4,55
77,00	10	6,49
78,00	6	3,90
79,00	4	2,60
81,00	4	2,60
82,00	1	0,65
88,00	1	0,65
90,00	1	0,65
92,00	1	0,65

Кількість	153
Середнє	70,25
Мінімум	53,00
Максимум	92,00
Асимп.знач. K-S	0,508

Додаток III.8

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних констатувального діагностування рівня сформованості практично-діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників ЕГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
54,00	2	0,65
55,00	1	0,32
56,00	2	0,65
58,00	1	0,32
59,00	5	1,61
60,00	2	0,65
61,00	3	0,97
62,00	8	2,58
63,00	7	2,26
64,00	6	1,94
65,00	8	2,58
66,00	2	0,65
67,00	7	2,26
68,00	8	2,58
69,00	7	2,26
70,00	10	3,23
71,00	8	2,58
72,00	11	3,55
73,00	8	2,58
74,00	5	1,61
75,00	13	4,19
76,00	4	1,29
77,00	3	0,97
78,00	4	1,29
79,00	4	1,29
80,00	3	0,97
81,00	3	0,97
82,00	3	0,97
83,00	4	1,29
90,00	2	0,65
91,00	1	0,32
98,00	1	0,32

Кількість	156
Середнє	70,3
Мінімум	54,00
Максимум	98,00
Асимп.знач. K-S	0,493

Додаток Щ.1

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних контрольного діагностування рівня сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту світоглядної культури учасників КГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
50,00	1	0,65
51,00	2	1,30
52,00	2	1,30
53,00	1	0,65
54,00	1	0,65
55,00	2	1,30
56,00	1	0,65
57,00	3	1,95
58,00	2	1,30
59,00	2	1,30
60,00	3	1,95
61,00	10	6,49
62,00	4	2,60
63,00	2	1,30
64,00	11	7,14
65,00	13	8,44
66,00	10	6,49
67,00	9	5,84
68,00	7	4,55
69,00	5	3,25
70,00	4	2,60
71,00	7	4,55
72,00	8	5,19
73,00	7	4,55
74,00	4	2,60
75,00	2	1,30
76,00	2	1,30
77,00	7	4,55
78,00	4	2,60
79,00	3	1,95
80,00	3	1,95
81,00	4	2,60
83,00	4	2,60
90,00	2	1,30
92,00	1	0,65

Кількість	153
Середнє	68,46
Мінімум	50,00
Максимум	92,00
Асиммп.знач. K-S	0,412

Додаток Щ.2

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
контрольного діагностування рівня сформованості мотиваційно-
ціннісного компоненту світоглядної культури учасників ЕГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
50,00	1	0,64
53,00	1	0,64
61,00	1	0,64
62,00	1	0,64
63,00	3	1,91
64,00	4	2,55
65,00	1	0,64
66,00	3	1,91
67,00	4	2,55
68,00	4	2,55
69,00	5	3,18
70,00	5	3,18
71,00	4	2,55
72,00	10	6,37
73,00	6	3,82
74,00	8	5,10
75,00	9	5,73
76,00	8	5,10
77,00	7	4,46
78,00	1	0,64
79,00	3	1,91
80,00	8	5,10
81,00	7	4,46
82,00	4	2,55
83,00	9	5,73
85,00	4	2,55
86,00	4	2,55
87,00	7	4,46
88,00	3	1,91
89,00	6	3,82
90,00	3	1,91
91,00	4	2,55
92,00	1	0,64
93,00	1	0,64
94,00	2	1,27
95,00	1	0,64
96,00	1	0,64
97,00	2	1,27

Кількість	156
Середнє	77,60
Мінімум	50,00
Максимум	97,00
Асиммп.знач. К-S	0,403

Додаток Щ.3

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних контрольного діагностування рівня сформованості професійно- когнітивного компоненту світоглядної культури учасників КГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
51,00	1	0,64
54,00	1	0,64
57,00	2	1,27
58,00	1	0,64
59,00	3	1,91
61,00	6	3,82
62,00	4	2,55
63,00	5	3,18
64,00	3	1,91
65,00	6	3,82
66,00	9	5,73
67,00	9	5,73
68,00	11	7,01
69,00	5	3,18
70,00	12	7,64
71,00	14	8,92
72,00	8	5,10
73,00	8	5,10
74,00	8	5,10
75,00	8	5,10
76,00	6	3,82
77,00	3	1,91
78,00	5	3,18
79,00	3	1,91
80,00	3	1,91
81,00	4	2,55
83,00	1	0,64
85,00	1	0,64
90,00	2	1,27
92,00	1	0,64

Кількість	153
Середнє	70,32
Мінімум	51,00
Максимум	92,00
Асиммп.знач. К-S	0,623

Додаток Щ.4

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
контрольного діагностування рівня сформованості професійно-
когнітивного компоненту світоглядної культури учасників ЕГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
55,00	1	,64
63,00	3	1,91
65,00	1	,64
66,00	1	,64
68,00	4	2,55
69,00	2	1,27
70,00	6	3,82
71,00	2	1,27
72,00	3	1,91
74,00	7	4,46
75,00	6	3,82
76,00	6	3,82
77,00	7	4,46
78,00	7	4,46
79,00	5	3,18
80,00	7	4,46
81,00	10	6,37
82,00	3	1,91
83,00	10	6,37
84,00	7	4,46
85,00	9	5,73
86,00	7	4,46
87,00	6	3,82
88,00	4	2,55
89,00	3	1,91
90,00	5	3,18
91,00	6	3,82
92,00	2	1,27
93,00	3	1,91
94,00	2	1,27
95,00	2	1,27
96,00	5	3,18
97,00	2	1,27
98,00	2	1,27

Кількість	156
Середнє	81,51
Мінімум	55,00
Максимум	98,00
Асиммп.знач. K-S	0,802

Додаток Щ.5

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
контрольного діагностування рівня сформованості особистісно-
розвивального компоненту світоглядної культури учасників КГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
51,00	2	1,30
52,00	1	0,65
54,00	2	1,30
55,00	3	1,95
56,00	1	0,65
57,00	1	0,65
59,00	1	0,65
60,00	3	1,95
61,00	8	5,19
62,00	4	2,60
63,00	4	2,60
64,00	10	6,49
65,00	9	5,84
66,00	7	4,55
67,00	7	4,55
68,00	9	5,84
69,00	6	3,90
70,00	3	1,95
71,00	6	3,90
72,00	11	7,14
73,00	9	5,84
74,00	7	4,55
75,00	8	5,19
76,00	2	1,30
77,00	6	3,90
78,00	6	3,90
79,00	4	2,60
80,00	3	1,95
81,00	3	1,95
82,00	3	1,95
83,00	1	0,65
90,00	1	0,65
94,00	1	0,65
95,00	1	0,65

Кількість	153
Середнє	69,73
Мінімум	51,00
Максимум	97,00
Асиммп.знач. К-S	0,715

Додаток Щ.6

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних контрольного діагностування рівня сформованості особистісно- розвивального компоненту світоглядної культури учасників ЕГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
62,00	2	1,27
63,00	1	0,64
64,00	4	2,55
68,00	2	1,27
69,00	3	1,91
70,00	2	1,27
71,00	1	0,64
72,00	6	3,82
73,00	6	3,82
74,00	7	4,46
75,00	7	4,46
76,00	3	1,91
77,00	6	3,82
78,00	8	5,10
79,00	7	4,46
80,00	10	6,37
81,00	15	9,55
82,00	8	5,10
83,00	5	3,18
84,00	3	1,91
85,00	7	4,46
86,00	9	5,73
87,00	5	3,18
88,00	4	2,55
89,00	1	,64
90,00	7	4,46
91,00	3	1,91
92,00	2	1,27
93,00	5	3,18
94,00	1	0,64
95,00	2	1,27
96,00	2	1,27
98,00	1	0,64
99,00	1	0,64

Кількість	156
Середнє	80,67
Мінімум	62,00
Максимум	99,00
Асиммп.знач. K-S	0,622

Додаток Щ.7

Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних контрольного діагностування рівня сформованості практично- діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників КГ

Бал	Частота	Відсоток (%)
54,00	1	0,64
56,00	1	0,64
57,00	2	1,27
59,00	2	1,27
61,00	3	1,91
62,00	5	3,18
63,00	9	5,73
64,00	5	3,18
65,00	5	3,18
66,00	11	7,01
67,00	8	5,10
68,00	12	7,64
69,00	10	6,37
70,00	11	7,01
71,00	9	5,73
72,00	8	5,10
73,00	6	3,82
74,00	8	5,10
75,00	7	4,46
76,00	4	2,55
77,00	6	3,82
78,00	6	3,82
79,00	3	1,91
80,00	7	4,46
83,00	1	0,64
85,00	1	0,64
97,00	1	0,64
98,00	1	0,64

Кількість	153
Середнє	70,36
Мінімум	54,00
Максимум	98,00
Асиммп.знач. K-S	0,529

Додаток Щ.8

**Результати статистично-математичної обробки емпіричних даних
контрольного діагностування рівня сформованості практично-
діяльнісного компоненту світоглядної культури учасників ЕГ**

Бал	Частота	Відсоток (%)
60,00	1	0,64
61,00	1	0,64
62,00	2	1,27
63,00	2	1,27
65,00	1	0,64
67,00	2	1,27
68,00	3	1,91
69,00	2	1,27
70,00	4	2,55
71,00	3	1,91
72,00	9	5,73
73,00	4	2,55
74,00	2	1,27
75,00	5	3,18
76,00	5	3,18
77,00	4	2,55
78,00	7	4,46
79,00	8	5,10
80,00	5	3,18
81,00	5	3,18
82,00	11	7,01
83,00	4	2,55
84,00	7	4,46
85,00	5	3,18
86,00	10	6,37
87,00	8	5,10
88,00	5	3,18
89,00	6	3,82
90,00	6	3,82
91,00	3	1,91
92,00	6	3,82
93,00	4	2,55
94,00	1	0,64
96,00	1	0,64
97,00	1	0,64
98,00	3	1,91

Кількість	156
Середнє	80,99
Мінімум	60,00
Максимум	98,00
Асиммп.знач. K-S	0,414

Додаток Ю

Методичні рекомендації науково-педагогічним працівникам медичних ЗВО щодо формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу

Теоретичний аналіз проблеми формування світоглядної культури засобами реалізації деонтологічного підходу у процесі підготовки майбутніх медичних сестер та результати експериментальної роботи щодо розвитку професійно важливої світоглядної культури дозволили обґрунтувати низку методичних рекомендацій.

1. Серед важливих методологічних підходів до формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер слід використовувати *деонтологічний* (дозволяє забезпечити етико-моральне становлення майбутніх медичних сестер та відображає ступінь їхньої відповідальності за життя та здоров'я пацієнта і витлумачується як реалізація в професійній діяльності медичних працівників принципів морального обов'язку та належного у контексті взаємовідносин з хворими та близькими, підґрунтям яких виступає любов, повага, турбота, співчуття та співстраждання); *культурологічний* (акцентує увагу та визначає взаємозв'язок медицини і культури, що значною мірою впливає на суспільні та духовні процеси), *аксіологічний* (націлює на розуміння світоглядної культури як фундаментальної, універсальної та інтегративної платформи особистості, на основі якої відбувається становлення її життєвої позиції, максимально вираженої у поглядах, ціннісних настановах та переконаннях, моральних принципах поведінки, комунікативній та фаховій діяльності), *компетентнісний* (визначає результат навчання та організацію освітнього процесу), *гуманістичний* (базується на ідеї людини та її життя як вищої цінності, що передбачає необхідність задоволення її базових життєвих потреб, право на здоров'я, життя і гармонійний розвиток, розкриття особистісного потенціалу, здатність до самовдосконалення), *синергетичний* (передбачає вихід за рамки традиційної освітньої моделі, що означає розширення їх меж, трансформацію нелінійності, максимальне використання внутрішніх можливостей студента, що резонують із зовнішніми впливами), *інтегративно-діяльнісний* (його значення обумовлено тим, що формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер відбувається в процесі навчання та покладає в основу світоглядно-культурного становлення процес творення та опредметнення творчих здібностей індивіда, внаслідок чого він набуває статусу соціокультурного суб'єкта, якому підвладні культурні цінності).

Окрім цього, слід взяти до уваги, що формування світоглядної культури засобами реалізації деонтологічного підходу у процесі підготовки майбутніх медичних сестер підпорядковується певним принципам, зокрема принципу

єдності теорії і практики, принципу цілісності, принципу суб'єктності, принципу науковості, принципу культуровідповідності, принципу рефлексії та принципу активності.

2. Для розвитку світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу зміст освіти слід розглядати як педагогічно адаптований соціальний досвід фахівця галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 223 «Медсестринство». Подальший розвиток медицини зумовлює зростання вимог до професійної компетентності медичної сестри, що являє собою комплекс професійних знань, умінь і навичок, особистісно-професійних якостей, які впливають на здатність виконувати функціональні обов'язки на основі кваліфікаційних вимог і морально-етичних норм.

У змісті підготовки майбутніх медичних сестер важливо врахувати реформи медицини, які зумовлені змінами у медицині та НСЗУ (Національна служба здоров'я України) з урахуванням міжнародного досвіду.

3. З урахуванням того, що на сьогодні змінились пріоритети у системі професійної підготовки майбутніх медичних сестер у ЗВО, першочергового значення для них набуває необхідність формування світоглядної культури засобами реалізації деонтологічного підходу. Відповідно до цього у змісті дисциплін медичного профілю необхідно ввести питання, що стосуються світоглядної та моральної позиції здобувача вищої освіти.

4. Важливе значення для формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу мають такі складові педагогічної системи, як методи навчання, їх варіативність та альтернатива вибору. З-поміж використовуваних у дослідженні варто назвати такі, як: методи проблемного навчання, ситуативного моделювання, моделювання комунікативних ситуацій, ділової гри, імітаційного моделювання, мозкового штурму, кейс-метод, метод проєктів, тренінги професійного зростання тощо. Їх значення зумовлене особливостями професійної діяльності медичної сестри.

5. Елементи проблемності містять такі активні методи навчання, як методи проблемного навчання, мозкового штурму, кейс-метод. Під проблемним навчанням розуміємо такий тип навчання, що забезпечує можливість творчої участі студентів у процесі засвоєння нових знань, формування пізнавальних інтересів і творчих шляхів розв'язання проблемної ситуації, яка завжди супроводжує навчальний процес.

6. Головним засобом формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер слід вважати деонтологічний підхід. Центруючи педагогічний

пошук, він наповнюється новим світоглядно-культурним змістом, позаяк вбирає в себе різні аспекти світоглядної культури медичного працівника. Особливість формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу передбачає біосоціальний вимір медичної діяльності, який базується на взаємообумовленості як біологічних, так і соціальних чинників, і нерозривно пов'язаний із збереженням життя та здоров'я людини. Таким чином, окрім професійних знань, вмінь та навиків, спрямованих на біологічну природу хвороби, важливе місце у лікувально-профілактичних діях відведено деонтологічним підходам, орієнтованим на морально-етичні засади лікування, комунікативну взаємодію «медична сестра-пацієнт», гуманістичні ідеали та цінності, що є свідченням сформованості світоглядної культури майбутньої медичної сестри.

7. Для розвитку формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер важливе значення має відпрацювання комунікативних та педагогічних умінь. Йдеться передусім про формування комунікативної культури медичної сестри, її здатність взаємодіяти із професійним та соціальним середовищем, налагоджувати необхідні контакти з урахуванням специфіки подальшої взаємодії. Ці уміння є необхідною складовою професійної компетентності та світоглядної культури майбутніх медичних сестер. Комунікативна культура вимагає узгодження власних інтересів з інтересами інших людей, розуміння себе в ролі комунікатора та формування власного професійного образу. Опанування теоретичних знань з міжособистісного спілкування передбачає оволодіння комунікативною і фаховою майстерністю. Найбільшу вагу відводимо початковому етапу, що узгоджується з поняттям емпатичного слухання (К. Роджерс), яке передбачає чутливість до емоційних станів хворого і «глобальну довіру» до нього. Внаслідок цього ази комунікативної взаємодії трансформуються у внутрішні імперативи, що полягають у прагненні почути хворого і допомогти йому.

Для розвитку навичок педагогічної взаємодії та комунікації необхідно використовувати насамперед інтерактивні технології, згідно з якими до процесу розв'язання проблеми долучається кожен студент, навіть попри його мінімальну участь.

8. Ефективним для вирішення проблемних питань і ситуаційних задач за мінімальний часовий проміжок у межах малих груп є метод «мозкового штурму» («Brainstorming»), що передбачає активну генерацію ідей з наступним їх обговоренням з метою прийняття нестандартних рішень, які постають спонукою для розвитку креативного потенціалу студентів. Серед

інтерактивних форм і методів важливо використовувати круглі столи, дискусійні зустрічі, міні-конференції, евристичні бесіди та дискусії, що забезпечують умови для колективної співпраці, у процесі якої студенти обмінюються думками, почуттями, діями і сприяють розширенню пізнавальних горизонтів майбутніх фахівців медсестринства.

9. Особливе значення для формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер мають ділові ігри. Їхніми різновидами у нашому дослідженні є моделювання ситуацій морально-етичного плану. Важливо обговорювати зі студентами злободенні медичні проблеми, пов'язані із дилемою вибору, наприклад, рятувати життя хворого будь-якою ціною чи виконувати раціоналізовані міністерські вимоги, згідно з якими люди похилого віку на медичну допомогу в умовах коронавірусної пандемії мають розраховувати в останню чергу і яким чином такі настанови узгоджуються із клятвою Гіппократа.

Доцільно створювати адаптовані до реальної професійної ситуації специфічні форми занять, які сприяють глибшому осмисленню медичного покликання та попередженню помилок як світоглядного, так і професійного характеру. Педагог має досконало засвоїти особистісно-розвивальні педагогічні технології, серед яких: кейс-технології, проектне навчання, імітаційно-ігрове навчання тощо. При цьому не можна нехтувати апробованими формами педагогічного впливу, що усувають бар'єр між студентом і наставником-педагогом. До них зокрема відносимо: рольову гру, імітаційну гру тощо.

10. Для розвитку світоглядної культури майбутніх медичних сестер важливе значення має належна організація самоосвіти та самостійної роботи, завдання якої полягає в тому, щоб привити майбутнім медичним сестрам прагнення до безперервної самоосвіти, до постійного пошуку інформації, виробити уміння самостійно здобувати нові знання. Для належної організації самоосвітньої діяльності медичної сестри у процесі навчання необхідно розвивати уміння працювати з інформацією та самостійно приймати необхідні рішення. Включення самоосвіти у навчальний процес має передбачати послідовне навчання певних видів і прийомів самостійної роботи із збільшенням ступеня самостійності як на навчальних заняттях, так і в процесі організації роботи на годинах самопідготовки. Важливе значення для розвитку самоосвіти майбутніх медичних сестер мають різні види самостійних робіт, зокрема аналіз тексту, складання планів і питань під час опрацювання літературних джерел; систематизація і класифікація матеріалу, підготовка доповідей, повідомлень, підготовка до участі в диспутах тощо.

11. Велику увагу слід звернути на методичне забезпечення самоосвіти майбутніх медичних сестер, їх пізнавальної діяльності. Маємо передусім на увазі необхідний ілюстративний матеріал, що дозволить глибше зрозуміти інформацію; по-друге, дані, що конкретизують теоретичний матеріал; по-третє, інформацію, яка розширює чи поглиблює процес засвоєння знань. Зміст навчально-методичного забезпечення медичної підготовки повинен охоплювати інформаційний матеріал і комплекс навчальних завдань. Матеріал для самостійного опрацювання має викликати інтерес, містити зв'язок з практикою. Зміст навчального матеріалу та й самих завдань повинен опиратися на здобуті знання, але одночасно бути й достатньо складним. Важливо пропонувати такі завдання, виконання яких потребує творчого підходу. В інформаційних матеріалах необхідно використовувати різноманітні за змістом, функціями та способами подання систематизовані види навчальних текстів. У такому тексті потрібно використовувати пояснювальні та інструктивні матеріали.

12. Системно організовувати роботу з формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу дозволяє структурно-функціональна модель, яка будується з урахуванням сутнісних зв'язків та відношень між елементами єдиної системи і містить цільовий, теоретико-методологічний, процесуально-змістовий та контрольний-результативний блоки. Вони послідовно відображають мету та завдання, педагогічні підходи, загальнопедагогічні та специфічні принципи, компонентну структуру, організаційно-педагогічні умови, зміст, форми й методи їх реалізації; критерії та показники сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Впровадження моделі є поетапним процесом, який передбачає використання відповідно до визначених цілей комплексу заходів, ефективне управління на кожному з етапів та досягнення результатів – необхідного рівня світоглядної культури.

Таким чином, основними методичними рекомендаціями науково-педагогічним працівникам технічних ЗВО можна назвати такі:

1) використання культурологічного, аксіологічного, компетентнісного, гуманістичного, синергетичного, інтегративно-діяльнісного підходів, а також принципів єдності теорії і практики, цілісності, суб'єктності, науковості, культуровідповідності, рефлексії та активності.

2) урахування у змісті підготовки майбутніх медичних сестер змін у реформах медичної галузі;

- 3) посилення уваги в освітньому процесі до практично-діяльнісного компонента діяльності медичної сестри;
- 4) уведення до змісту спеціальних навчальних дисциплін питань щодо специфіки медичної діяльності та правил оформлення документації;
- 5) використання методів проблемного навчання для забезпечення можливості творчої участі студентів у процесі засвоєння нових знань та формуванні пізнавальних інтересів;
- 6) надання засадничої ролі деонтологічному підходу, орієнтованому на морально-етичні засади процесу лікування, гуманістичні ідеали та цінності;
- 7) використання емпатичного слухання (К. Роджерс), для забезпечення належної комунікативної взаємодії
- 8) зосередження уваги на інтерактивних методах навчання (метод «мозкового штурму» «Brainstorming», круглі столи, дискусійні зустрічі, міні-конференції, евристичні бесіди);
- 9) моделювання ситуацій морально-етичного плану та використання особистісно-розвивальних педагогічних технологій (кейс-технології, проектне навчання, імітаційно-ігрове навчання тощо);
- 10) належна організація самоосвіти та самостійної роботи здобувачів вищої освіти;
- 11) упровадження в освітній процес структурно-функціональної моделі формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер засобами реалізації деонтологічного підходу.

Додаток Я

Список публікацій здобувача за темою дисертації та відомості про апробацію результатів дисертації

*Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати
дисертації*

1. Ковтун О. М. Теоретико-методологічні координати дослідження феномена світоглядної культури в педагогічній традиції. *Педагогічні науки*: зб. наук. праць Херсонського державного університету. 2017. Випуск LXXX. Т. 2. С. 162–166.
2. Залужна А. Є., Ковтун О. М. Світогляд і світоглядна культура особистості в проблемному полі філософсько-педагогічної рефлексії. *Науковий журнал «Інноваційна педагогіка»*. Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій. 2018. Вип. 4. Т. 1. Одеса, 2018. С. 127–131.
3. Ковтун О. М. Особливість формування світоглядної культури медичних працівників (медичних сестер) як вагомий чинник становлення культури особистості. *Педагогічні науки*: збірник наукових праць Херсонського державного університету. 2017. Вип. LXXXII. Т. 1. С. 136–139.
4. Ковтун О. М. Деонтологічний підхід та його роль у формуванні світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2018. Вип. 61. Київ. С. 134–139.
5. Ковтун О. М. Модель формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *Нова педагогічна думка*: науково-методичний журнал. 2019. №1(97). С. 29–33.
6. Ковтун О. М. Дослідно-експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *East European Scientific Journal*. 7(47). Warszawa (Poland). 2019. P. 38–46.
7. Ковтун О. М. Педагогічні умови формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Colloquium-journal* №33 (85), Warszawa, Poland. 2020. P. 50–55.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Ковтун О. М. Особливість формування світоглядної культури майбутніх фахівців у процесі навчання. *Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії*: Матеріали VII Всеукр. наук.-практ. конфер. / Редкол. Бошицький Ю. Л., Українець С. Я. – Рівне, 2017. С. 115–118.
9. Ковтун О. М. Дослідження феномену світоглядної культури. *Актуальні питання сучасних педагогічних наук*: зб. наук робіт учасників міжнар. науково-практичної конференції (Одеса, 16 – 17 лютого 2018 р.) Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2018. С. 12–14.
10. Ковтун О. М. Особливості деонтологічного підходу в контексті становлення професійно-етичної культури медичних працівників. *Modernization of educational system: world trends and national peculiarities: Conference Proceedings*, (Kaunas, February 23 th, 2018). Kaunas: Izdevnieciba «Baltija Publishing» P. 39–42.
11. Ковтун О. М. Дослідження дефініції «культура». *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі*. Матеріали міжнар. наук.-практичної конференції (м. Київ, Україна, 6 – 7 квітня 2018 р.). К.: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології» 2018 р. Ч. 2. С. 39–41.
12. Ковтун О. М. Аспекти формування світоглядної направленості особистості. *Психологія і педагогіка: актуальні питання*. Збірник тез міжнар. наук.-практичної конференції (м. Харків, Україна, 13 – 14 квітня 2018 р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень». С. 75–79.
13. Ковтун О. М. Світоглядна культура в сучасній інтерпретації. *Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології*: збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конференції (Львів 22 – 23 червня 2018р.). Львів: ГО «Львівська педагогічна спільнота». С. 72–75.
14. Ковтун О. М. Медична деонтологія в умовах сучасності. *Key Issues of Education and Sciences: Development Prospects for Ukraine and Poland*:

international multidisciplinary conference (Stalova Wola 20 – 21 juli 2018). Stalowa Wola: Izdevnieciba «Baltija Publishing», 2018. Volume 6. P. 103–105.

15. Ковтун О. М. Модель формування світоглядної культури. *The 5th International youth conference – Perspectives of science and education*. October 19, 2018) SLOVO/WORD, New York, USA. 2018. P. 154–165.

16. Залужна А. Є., Ковтун О. М. Компоненти та критерії сформованості світоглядної культури майбутніх медичних сестер на основі реалізації деонтологічного підходу. *Pedagogy in EU countries and Ukraine at the modern stage. International scientific and practical conference*: (Baia Mare, Romania December 21-22, 2018). Izdevnieciba «BaltijaPublishing». P. 57–58.

17. Ковтун О. М. Дослідно-експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Наукові досягнення, відкриття та шляхи розвитку педагогічної науки*: матеріали всеукр. наук.-практ. конференції (Запоріжжя, 24-25 травня 2019 р.) Запоріжжя: Класичний приватний університет, 2019. С. 105–109.

18. Ковтун О. М. Деонтологія як вагомий чинник формування світоглядної культури медичних сестер. *Сучасні проблеми гуманітаристики: світоглядні пошуки, комунікативні та педагогічні стратегії*: Матеріали VIII Всеукр. наук.-практ. конфер. (Рівне, 6 грудня 2018р.). / Редкол. Бошицький Ю. Л., Українець С. Я. Рівне, 2018. С. 224–226.

19. Ковтун О. М. Пацієнт-центричний підхід відносин у деонтологічній практиці. *Сучасні досягнення вітчизняних вчених у галузі педагогічних та психологічних наук*: матеріали міжнар. наук.-практ. конференції (Харків, Україна, 8 – 9 березня 2019 р.). Харків: Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2019. С 41–44.

20. Ковтун О. М. Особливості педагогічного експерименту та педагогічних умов формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. *Інноваційні технології розвитку машинобудування та ефективного функціонування транспортних систем*. Матеріали I міжнародної науково-технічної конференції. Секція 5. Вітчизняний та зарубіжний досвід підготовки

фахівців у закладах вищої освіти. (Рівне, 21 – 23 травня 2019 р.). Рівне: НУВГП, 2019. С.181–182.

21. Ковтун О. М. Організація та визначення напрямків дослідження формування світоглядної культури майбутніх медичних сестер. The 20-th International scientific and practical conference *Problems and perspectives of modern science and practice*»: (Athens, Greece 8 – 9 June 2020). Available at : DOI:10.46299/ISG.2020.XX : URL: <http://isg-konf.com>. P. 184–186.

22. Ковтун О. М. Світоглядна культура майбутніх медичних сестер у контексті осмислення педагогічних умов. *Людина у світі духовної культури. Філософські, культурологічні, морально-естетичні та релігійні виміри буття людини у світі*. IV Всеукраїнська науково-практична конференція здобувачів вищої освіти та молодих вчених. (Рівне, 19 листопада 2020 року). [Електронне видання]. Рівне: НУВГП, 2020. С. 64–66.

*Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати
дисертації*

23. Ковтун О. М. Методичні вказівки до практичних занять з дисципліни «Медична етика і деонтологія в медсестринстві» для освітньо-кваліфікаційного рівня сестра-медична за спеціальністю 223 «Медсестринство» денної форми навчання. Рівне: РДБМК, 2019. 26 с.
24. Ковтун О. М. Методичні вказівки до практичних занять з навчальної дисципліни «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» для освітньо-кваліфікаційного рівня сестра-медична за спеціальністю № 5. 12010101 «Лікувальна справа» денної форми навчання. Рівне: РДБМК, 2019. 127 с.
25. Ковтун О. М. Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка. Практикум: навч. посіб. [Електронне видання]. Рівне: РДБМК, 2019. 263 с.